

مركز البحوث

المجتمعات غير الصحية

علل عدم المساواة



ترجمة
إدارة الترجمة بمركز البحوث
د . محمد منير الأصبحى

راجع الترجمة
أ . د . محمد على التركى

تأليف : رتشارد غ . ولكنسون

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

المجتمعات غير الصحية

علل عدم المساواة

تأليف

رتشارد غ. ولكنسون

ترجمة

إدارة الترجمة بمركز البحوث

د. محمد منير الأصبحى

راجع الترجمة

أ. د. محمد على التركى

١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م

بطاقة الفهرسة

ح معهد الإدارة العامة، ١٤٢٤هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

ولكنسون، رتشارد غ.

المجتمعات غير الصحية: علل عدم المساواة / رتشارد غ. ولكنسون؛ محمد منير الأصبحي، الرياض، ١٤٢٣هـ

٣٢٠ ص ١٧ سم × ٢٤ سم

ردمك ٨-٩-١٠٩-١٤-٩٩٦٠

١ - الصحة الاجتماعية أ. الأصبحي، محمد منير (مترجم) ب. العنوان

ديوى ٣٦٢,١ ٦٤٥٩/ ١٤٢٣

رقم الإيداع: ٦٤٥٩ / ١٤٢٣

ردمك: ٨-٩-١٠٩-١٤-٩٩٦٠

هذه ترجمة لكتاب:

Richard G. Wilkinson
Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality
London: Routledge, 1996

المحتويات

قائمة الرسوم والأشكال التوضيحية

الشكل	الموضوع	الصفحة

الجداول:

تمهيد:

كان عملى فى موضوع العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة للصحة خلال الأعوام العشرين الماضية مزية كبيرة. وقد بدأ انشغالى بذلك الموضوع عندما كتبت بعد إتمامى رسالة الماجستير مقالة صحفية على شكل رسالة مفتوحة فى عام ١٩٧٦م لديفيد إنالز David Ennals وزير الصحة والتأمينات الاجتماعية آنذاك فى حكومة حزب العمل التى كان يرأسها كالاهان Callaghan (١) وبعد أن ذكرت أنه باعتباره أحد وزراء حزب العمل كان يتربع فوق أوسع الفوارق المدونة فى الوفيات بين الطبقات الاجتماعية، طلبت منه أن ينظم "تحقيقاً عاجلاً". وفى خلال ثلاثة شهور بعد أن قرأ مقالتى أعلن عن إنشاء مجموعة العمل فى وزارة الصحة والتأمينات الاجتماعية برئاسة السير دوغلاس بلاك Sir Douglas Black وبعد ثلاث سنوات قدمت المجموعة تقرير بلاك تحت عنوان: **«صور عدم المساواة فى الصحة»** وبدأت بذلك حقبة جديدة من الأبحاث حول المسببات الاجتماعية للصحة والمرض فى العالم المتقدم بأسره. وقد وصف السير دوغلاس بلاك الذى كان كبير المسئولين الطبيين فى وزارة ديفيد إنالز وزيره – مستخدماً ما أثر عنه من سبك لغوى – بأنه "رجل كان يحاول أن يحسن العمل، ونجح فى ذلك بصورة عامة."

وتبدِّل الأبحاث المستمرة التى حفزها ذلك التقرير فهمنا لكل من المجتمع والصحة، وحيث إن البحث بدأ بموضوعات تتعلق بدقة الأرقام الأساسية؛ فقد بدا التقدم فيه وكأنه عملية تسلق صعبة وطويلة. لكننا الآن بدأنا نرى شيئاً من الصورة التى نسعى لرؤيتها. ومن المؤكد أن ما يمكننا أن نراه الآن سيغير السياسة الاجتماعية والاقتصادية، ومن المؤمل أن يغير اتجاه التطور الاجتماعى للمجتمعات الحديثة. فمن الواضح الآن أن مستوى الاختلافات فى الدخل ضمن المجتمع هو أحد العوامل القوية المحددة لمعايير الصحة فى الدول المختلفة، وأنه يؤثر فى الصحة من خلال تأثيره على التماسك الاجتماعى. ولهذه الحقائق الأساسية معانٍ ضمنية تتجاوز إلى حد بعيد البيانات الصحية التى تولدت منها.

والقيام بالبحث يشبه بطرق عديدة السير فى الظلام ومحاولة التعرف على الأشكال التى

(١) ر. غ. «عزيزى ديفيد إنالز.... "مجلة **المجتمع الجديد** *New Society*، ١٦ كانون الأول (ديسمبر) ١٩٧٦: ٥٦٧–٥٦٨.

تتراءى أمامك بشكل باهت وضعيف. ففى البداية يفتقر ما تراه إلى الوضوح إلى حد يجعلك تخشى من تساوى احتمال أن يكون من نسج مخيلتك مع احتمال أن يكون موجوداً بالفعل. وهناك رغبة طبيعية فى تعريف الأشكال فى الظلمة الإحصائية بأسرع ما يمكن. ويقابل ذلك الخوف من أن يثبت خطؤك حين تزداد الرؤية. وتكون النتيجة أحياناً محطمة للأعصاب. ومن حسن الحظ أن الصورة التى يرسمها هذا الكتاب أُثبتت إلى حد كبير أثناء قيامى بكتابته على يد باحثين آخرين استخدموا بيانات مستقلة. وأحدث ما تم فى هذا المجال أن كلاً من مجموعة كابلان Kaplan فى بركلى Berkley ومجموعتى كواتشى Kawachi وكندى Kennedy فى هارفارد Harvard بينت أن العمر المتوقع عند الولادة فى مجتمع من المجتمعات يتعلق بصورة وثيقة بمستوى عدم المساواة فى الدخل فى ذلك المجتمع. وحتى أثناء قيامى بكتابة هذا التمهيد تسلمت مسودة بحث من مجموعة هارفارد تقدم فيه برهاناً إحصائياً قوياً (ارتباطات بمقدار ٠,٧، و ٠,٨) بأن توزيع الدخل يرتبط بالتماسك الاجتماعى الذى يرتبط بدوره بالوفيات.(٢) وهذا الإنجاز الكبير المبنى على بيانات من داخل الولايات المتحدة يزيل أية شكوك أخيرة يمكن أن تكون متبقية لدىّ حول مناقشتى للمجتمعات المتماسكة اجتماعياً والصحة فى الفصل السادس.

ولم تخلُ هذه الرحلة الطويلة – من الاختلافات الطبقية الاجتماعية فى الصحة إلى تأثيرات توزيع الدخل على التماسك الاجتماعى ومعدلات الوفيات الوطنية – من أحداث مؤلمة. ولكن حتى حين لم أكن متورطاً فى مشاجرات علنية سيئة؛ عانيت فترات طويلة من القلق المؤرق حول ما إذا كنت قد جعلت نفسى أضحوكة أو قدت الآخرين إلى طريق مسدود. لكننى كنت أشعر دائماً أننى جزء من مجموعة شديدة الدعم – ولو أنها مشتتة جغرافياً – نستطيع نحن الأعضاء فيها التعبير عن قلقنا واهتمامنا ودعمنا بعضنا بعضاً ونحن نتابع القيام بمسعانا المشترك. وبالإضافة إلى إعجابى الشديد بالصبر وبعد النظر والشمولية التى يتحلى بها عمل مجموعة واسعة من الأصدقاء العاملين فى مجال العوامل الاجتماعية

(٢) إ. كواتشى Kawatchi و ب. ب. كندى B. P. Kennedy و ك. لوتشنر K. Locner و د. بروثرو – ستث D. Pro-throw-Stith "رأس المال الاجتماعى وعدم المساواة فى الدخل والوفيات." **مجلة الصحة العامة الأمريكية** *American Journal of Public Health* (قيد الطباعة ١٩٩٦).

والاقتصادية المحددة للصحة؛ أود أن أعبر عن حبى وامتنانى لهؤلاء الأصدقاء الذين يعملون على طرفى المحيط الأطلسى: فى السويد وهولندا وألمانيا وكندا والولايات المتحدة بالإضافة إلى بريطانيا. وأنا مدين بشدة إلى أشخاص قريبين إلى الوطن وخاصة أولئك الذين لهم علاقة بما أصبح معروفًا باسم مجموعتى "لندن" و"غلاسغو" Glasgow، فضلاً عما يمكن اعتباره مجموعة حديثة الولادة فى بريستول Bristol. وكنت أود ذكر جميع أسماء الأشخاص الذين لا أشك أن عملهم المجهد يشكل ثورة قادمة فى السياسة الصحية والاجتماعية. وأكبر دين أنا مدين به هو لديفيد بلين David Blane ومل بارتلى Mel Bartley وكريس باور Chris Power وإريك برنر Eric Brunner وبيتر تاونسند Peter Townsend ومايكل مارموت Michael Marmot وأوبرى شيام Aubery Sheiham ويواف بن - شلومو Yoav Ben-Shlomo وجورج ديفى سميث George Davey-Smith. وآمل أن أستمر فى التعلم منهم والتمتع بصداقتهم.

وأقرب الناس إلى هم بالطبع أفراد عائلتى. ولم تتحمل جنى شو Jenny Shaw إعجابى الشديد بهذا الموضوع نهاراً وليلاً طيلة أعوام كثيرة فحسب، بل أفادتنى بخبرتها بصفتها عالمة اجتماع أكاديمية واسعة الخيال ومبدعة، وقامت بتوجيه ملاحظاتى وتطويرها. وهى - مثل ولدىّ شديدى المحبة جورج George وآن Ann - تعايشت مع أمزجتى وساعدتنى على اجتياز فترات بدا فيها عملى وكأنه يتهاوى من حولى؛ وشعرت بالرغبة فى الاختفاء من على وجه الأرض.

وبصورة رسمية أكثر أود أن أقر بالدعم المالى الذى تلقيته من مجلس البحوث الاقتصادية والاجتماعية Economic and Social Research Council ومؤسسة بول هاملين The Paul Hamlyn Foundation ومنحة اللورد آشداون الخيرية The Lord Ash-down Charitable settlement. وأخيراً أشعر دائماً بالامتنان لهيئة العاملين فى المكتبة ومركز الحاسب الآلى هنا فى جامعة سسكس Sussex الذين لم يتوانوا فى تقديم المساعدة العملية لى مرات كثيرة لسنوات عديدة.

برايتون Brighton، نيسان (أبريل) ١٩٩٦م

الفصل الأول

مقدمة:

الاقتصاد الاجتماعي للصحة:

يجمع هذا الكتاب مجموعة متنامية من الأدلة التى تبين أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى بلاد مختلفة يتحسن بصورة صارخة حين يقل التفاوت فى الدخل وتزداد المجتمعات تماسكاً اجتماعياً. وتلفت الروابط الاجتماعية بين الصحة وعدم المساواة الانتباه إلى كون العوامل الاجتماعية وليست المادية هى الآن العامل الأساسى المحدد لجودة الحياة فى المجتمعات المتقدمة.

يبدأ الكتاب بالتساؤل عن سبب تمتع بعض المجتمعات بصحة أفضل من غيرها. فبعد أن اعتاد الباحثون على التفكير فى محددات صحة الأفراد لم يولوا سوى القليل من الانتباه إلى السؤال الأعم الذى يحتاج صانعو السياسة إلى الإجابة عنه. علاوة على ذلك، فإن العوامل الهامة التى تجعل بعض المجتمعات أكثر تمتعاً بالصحة من غيرها قد تكون مختلفة تماماً عن العوامل التى تختلف بين الأفراد الأصحاء والمعتلين ضمن المجتمع نفسه. والمسألة - كما هى الحال فى كثير من الأحيان - مسألة التمييز بين الغابة والشجرة، لكن هذا التمييز يتطلب تبنى موقع مراقبة مختلف.

وقد أتى الدافع الرئيسى لإلقاء نظرة أشمل على العناصر المحددة للصحة من الأبحاث حول صور عدم المساواة فى الصحة فى المجتمعات المتقدمة. فقد ركزت نتائج الأبحاث الانتباه بشكل متزايد على المعالم الأكثر عمومية للبنية الاجتماعية والاقتصادية. ومع تطور هذا الحقل أخذنا فى الواقع نتعرف على المساحة المشتركة بين الفرد والمجتمع وتأثيرات العوامل البنيوية على الصحة: على كيفية تأثر الناس بالمركز الاجتماعى وبالثروة والفقر وبعدم الاستقرار الوظيفى والبطالة والتعلم وقابلية التحرك الاجتماعى، وعلى سبب صعود الأشخاص الأطول درجات الهرم الاجتماعى، وعلى أهمية الشبكات الاجتماعية، وعلى التمزق العائلى، وعلى الضغط النفسى فى العمل والتنظيم الاجتماعى للعمل. وبقيامنا بذلك كان ما تعلمناه عن المجتمع -

أو على الأقل عن كيفية اعتداء المجتمع على حقوق الفرد – يعادل تقريباً ما تعلمناه عن الصحة.

والكتاب هو دعوة للقيام بجولة سريعة تغطى الصورة التى أخذت فى الظهور والتى تبين المساحة المشتركة بين الصحة والمجتمع. وخلال العقد أو العقدين الأخيرين كانت قطع الصورة – الأحجية تسقط فى أمكنتها بسرعة متزايدة، كما يحدث تقريباً حين تقترب من نهاية الأحجية ويقل عدد القطع المتبقية والأماكن الفارغة التى ستملؤها تلك القطع. ولم يمض زمن طويل منذ كان الناس لا ينظرون إلى أشياء مثل الدخل والبطالة على أنها يمكن تصنيفها تحت مسمى أسباب الصحة أو المرض. فقد بدت خطوات التقدم الطبية فى الماضى متعلقة بتحديد عوامل الخطر المفردة بالنسبة لأمراض مفردة، وبدا أن المفاهيم الأكثر عمومية كانت تتقوض لدى التعرض للفحص العلمى الأكثر دقة. وبالنسبة لأشخاص تعلموا فى تدريبهم الطبى أن يفكروا فى تأثيرات التعرض لمواد كيميائية أو جراثيم معينة، كان الحديث عن تأثير الهياكل الاجتماعية والاقتصادية على الصحة يبدو أمراً بعيداً بُعد التنجيم الفلكى. وحتى لفائف التبغ كانت تصنيفاً أكثر عمومية مما ينبغى، فالسبب "الحقيقى" لسرطان الرئة كان جزيئاً معيناً من القطران أو النيكوتين. ولكن مع انتقال أشخاص ذوى خلفيات فى العلوم الاجتماعية إلى دراسة علم الوبائيات (الذى يدرس الصحة بين المجموعات السكانية بدلاً من دراستها سريرياً لدى الأفراد) وازدياد اطلاع علماء الوبائيات ذوى التدريب الطبى على العلوم الاجتماعية – حدث تقدم متزايد فى الصورة العامة.

لا الرعاية الطبية ولا التركيب الوراثى يشرحان السبب فى تمتع دولة بصحة أكبر من دولة أخرى، أو السبب فى أن أغلب الدول تكسب سنتين أو ثلاث سنوات إضافية فى متوسط العمر المتوقع فيها مع مرور كل عقد جديد. كما أنه لا يبدو أن الفوارق الصحية الكبيرة بين المجتمعات يمكن تفسيرها بجمع عوامل الخطر السلوكى المفردة مثل التدخين والتمارين والحمية؛ فقد أوضحت الأبحاث لنا أن ما يهم هو طبيعة الحياة الاجتماعية والاقتصادية. ولكن ما هى المعالم ذات القدر الأكبر من الأهمية؟ إن بعضها تسهل رؤيته، فحين نقارن الدول الغنية الفقيرة لا يشك أحد فى أهمية مستوى المعيشة. ولكن ما السبب فى أن متوسط العمر المتوقع عند

الولادة فى دول مثل اليونان واليابان وأيسلندا وإيطاليا أعلى منه فى دول أغنى مثل الولايات المتحدة وألمانيا؟

إن هناك تناقضاً ظاهرياً هاماً فى لب العلاقة بين الصحة ومستويات المعيشة. فبين الدول الأغنى يبدو كأن النمو الاقتصادى والتحسينات الإضافية فى مستويات المعيشة ليس لهما تأثير كبير على الصحة. لقد تجاوزت تلك الدول مرحلة حاسمة فى التطور الاقتصادى حين وصلت مستويات المعيشة إلى عتبة مناسبة تضمن للجميع مستويات مادية أساسية. ويعيِّن تلك النقطة التحول الوبائى حين تتوقف الأمراض السارية عن أن تكون الأسباب الرئيسية للوفاة، وتحل محلها الأمراض السرطانية والتنكسية. وخلال الفترة نفسها أصبحت الأمراض التى يطلق عليها اسم "أمراض الرفاهية" هى الأمراض التى يصاب بها الفقراء فى المجتمعات الغنية.

وأهمية الوصول إلى عتبة مستويات المعيشة التى يعيِّنها التحول الوبائى تتجاوز كثيراً مغزاها بالنسبة للصحة؛ فهى تدل على تغير جوهرى فى علاقتنا بالنمو الاقتصادى وطبيعة المزايا التى يمكن له أن يقدمها لنا.

والوجه الآخر من التناقض الظاهرى هو أن الاختلافات فى مستويات المعيشة تبقى على صلة وثيقة بالصحة داخل المجتمعات. أى أنه من الممكن أن يكون للأشخاص الأكثر فقراً فى الدول المتقدمة معدلات وفاة سنوية تبلغ ما بين ضعفين إلى أربعة أضعاف معدلات الوفاة بين الأشخاص الأغنى فى المجتمع نفسه. ودراسة حالات التفاوت الأليمة فى الوفاة هذه هى التى نبهت الناس إلى مدى استمرار أهمية المؤثرات الاجتماعية والاقتصادية على الصحة. ويبدو أنه بغض النظر عن كون الاختلافات فى الصحة ضمن المجتمعات تبقى على ارتباط وثيق بالمكانة الاقتصادية؛ فإنه يمكن لسكان إحدى الدول حين تتخطى العتبة المرتبطة بالتحول الوبائى أن يكونوا أغنى من سكان دولة أخرى بمقدار أكثر من الضعف دون أن يتمتعوا بصحة أفضل.

ما الذى يحدث؟ وإذا كانت صور عدم المساواة فى الصحة تعود إلى الفقر، فما السبب إذن فى أنها تفاقمت فى دول مثل بريطانيا خلال الأعوام الخمسين الماضية رغم الارتفاعات الضخمة فى مستوى المعيشة؟

وإذا كانت الصحة لها علاقة بالفوارق فى مستويات المعيشة ضمن مجتمع متقدم، ولكن ليس لها علاقة بالفوارق بينه وبين مجتمعات متقدمة أخرى؛ فمن المؤكد أن علينا استنتاج أن تلك الفوارق ضمن المجتمع تعنى شيئاً مختلفاً تماماً عن تلك الفوارق بين المجتمعات. والأدلة توحى بالتأكيد أن العنصر ذا الأهمية ضمن المجتمعات ليس التأثيرات الصحية المباشرة الناجمة عن مستويات المعيشة المادية الصرفة بقدر ما هو تأثيرات الأوضاع النسبية الاجتماعية. فالصحة تتأثر بقوة بالمركز الاجتماعى وبمستوى الفوارق الاجتماعية والاقتصادية بين السكان. أما فيما يتعلق بالدخل فتكون العلاقة بمستويات الدخل النسبية وليس بمستوياته المطلقة.

ويأتى البرهان الحاسم على هذا من اكتشاف علاقة دولية قوية بين توزيع الدخل ومستويات الوفيات الوطنية؛ فالمجتمعات التى تتمتع بأفضل صحة فى الدول المتقدمة ليست أكثر المجتمعات ثراء بل هى المجتمعات الأكثر مساواة. وقد تم تأكيد هذه العلاقة بصورة راسخة بعد أن أثبتها عدد من الأشخاص الذين استخدموا بيانات مختلفة ومتغيرات ضابطة مختلفة. لكن ما الذى يجعل المجتمعات الأكثر مساواة تتمتع بصحة أفضل إلى حد واضح؟ ليس الأمر أن الفقراء يستخدمون أى دخل إضافى بطرق تجلب الصحة أكثر من طرق الأغنياء – كشراء طعام أفضل بدلاً من شراء سيارة ثانية. فالعلاقة بتوزع الدخل لا تصمد حتى حين التثبت منها بالنسبة لدخول الفقراء المطلقة فى المجتمع فحسب، بل إذا كان الفقراء يستخدمون الدخل الإضافى لشراء الضروريات أكثر من استخدامه للكماليات التى يشتريها الأغنياء، فمن الطبيعى توقع أن يقلل النمو الاقتصادى من صور عدم المساواة فى الصحة.

هذه العلاقة هامة لأسباب عدة: أولاً يبدو أنها أحد أهم المؤثرات التى تم اكتشافها على صحة المجموعات السكانية بأكملها فى العالم المتقدم. وثانياً تبدو هذه العلاقة وثيقة الصلة بصور عدم المساواة فى الصحة ضمن كل دولة. ولكنها بالإضافة إلى ذلك أدت إلى فهم أهمية النسيج الاجتماعى فى المجتمعات المتقدمة.

وبالنظر إلى عدد من الأمثلة المختلفة عن المجتمعات التى تعمها المساواة يبدو أن إحدى الخصائص التى تشترك فيها جميعاً هى التماسك الاجتماعى. فهى تنعم بحياة اجتماعية

قوية. وبدلاً من أن تتوقف العلاقات الاجتماعية خارج البيت يبقى الحيز العام حيزاً اجتماعياً. فالأخلاق الاجتماعية تقيد النزعة الفردية وقيم السوق. والاحتمال أكبر فى أن يشارك الناس فى النشاطات الاجتماعية والتطوعية خارج منازلهم. وتمتلك هذه المجتمعات مقداراً أكبر مما يسمى "برأس المال الاجتماعى" الذى هو بالنسبة لأعمال المجتمع والاقتصاد بأكملهما كالزيت بالنسبة للمحرك. وهناك مؤشرات أقل فى هذه المجتمعات على العدوانية المناهضة للمجتمع ويبدو المجتمع أكثر عناية بأفراده. وباختصار، فإن النسيج الاجتماعى يتمتع بحال أفضل. وتنبئنا الأبحاث بشىء هام للغاية عن الطريقة التى يتأثر بها النسيج الاجتماعى بمقدار عدم المساواة فى المجتمع.

وتتناسب عدة من معالم العلاقة بين توزع الدخل ومعدلات الوفيات الوطنية مع هذه الصورة. ورغم أن جميع التصنيفات العامة لأسباب الموت - الأمراض القلبية الوعائية والسارية والتنفسية وأمراض السرطان،... إلخ . - تبدو ذات علاقة بتوزع الدخل، فإن الأسباب ذات العلاقة الأقوى هى الأسباب الاجتماعية مثل حالات الوفاة المتعلقة بالكحول والقتل والحوادث. وهذه الأسباب توحى إلى حد كبير بآثار التفسخ الاجتماعى. والأدلة على نزعات فى الجريمة وعلى مشكلات اجتماعية متنامية متعلقة بالحرمان النسبى الذى يؤثر على الأطفال والشبان بصورة خاصة تعزز هذه الصورة.

عند النظر إلى طبيعة السبل التى يحتمل أن تربط أكثر من غيرها بين الأمراض البدنية وعدم المساواة؛ فإن أسباباً وجيهة تدعو إلى الاعتقاد أن السبل النفسية - الاجتماعية هى أكثرها أهمية. وببساطة، فإن كوننا نتناول تأثيرات الفوارق النسبية، وليس المعايير المادية المطلقة، يشير بقوة فى ذلك الاتجاه. وتأتى أدلة علم الوبائيات الأكثر إيحاء بالفوائد الصحية للتماسك الاجتماعى من دراسات التأثيرات المفيدة للشبكات الاجتماعية على الصحة. فيبدو أن الأشخاص ذوى الصلات الاجتماعية الأكثر والمشاركة الأكبر فى النشاطات المحلية يتمتعون بصحة أفضل حتى بعد استخدام مجموعات ضبط لدراسة عدد من العوامل الأخرى التى يحتمل أن تفند تلك النتيجة. لكن من المحتمل ألا يكون هذا سوى جزءٍ من الصورة. ومن حسن الحظ أن هناك مجموعة كبيرة من الأدلة التى تبين أنه من الممكن لأشكال مختلفة من

الضغط النفسى - الاجتماعى أن تؤثر بصورة كبيرة على معدلات الوفيات والمرض. وتأتى الأدلة من مجموعة من المصادر شديدة التنوع بما فيها محاولات الضبط العشوائى والتجارب الطبيعية وسلسلة من الملاحظات الوبائية الأخرى. وإضافة إلى ذلك توجد أدلة متزايدة على السبل الفيزيولوجية التى يمكن من خلالها أن يؤثر الضغط النفسى المزمن على عمليات الغدد الصماء والجهاز المناعى. بل هناك أدلة تبين أن البنى الهرمية الاجتماعية المسببة للضغط النفسى تعرض مجموعات من القرود الكلبية لاعتلال الصحة كما هو الحال فى المجتمعات البشرية. وبالإضافة إلى ذلك تبدو بعض السبل الفيزيولوجية متشابهة.

وما يخرج من هذه الصورة التى هى فى الواقع مركبة من عمل عدد كبير من الباحثين أمر شديد الأهمية. فما يعنيه ذلك الأمر هو أن جودة الحياة الاجتماعية فى مجتمع ما هى من أقوى محددات الصحة، وأن هذا بدوره له علاقة وثيقة بدرجة المساواة فى الدخل. لكن هذه ليست سوى البداية. فالمؤشرات على أن هذه الروابط نفسية تجعل تلك العلاقات على نفس القدر من الأهمية بالنسبة للجودة الذاتية الحقيقية للحياة بين المجموعات السكانية الحديثة كما هى بالنسبة لصحة تلك المجتمعات. ولو كانت المسألة مجرد الإفراط فى أكل رقائق البطاطس أو عدم القيام بتمرينات رياضية كافية، فهذا بحد ذاته لن يعنى بالضرورة أن مستوى حياة الناس أقل جودة بكثير. فمن المكن أن تكون سعيداً وأنت تأكل الرقائق. لكن مصادر الضغط الاجتماعى والعلاقات الاجتماعية الضعيفة وانخفاض تقدير الذات ومعدلات الاكتئاب العالية والقلق وعدم الطمأنينة وفقدان الشعور بالسيطرة - كلها لها تأثير جوهرى على تجربتنا للحياة إلى حد يجعل من المعقول التساؤل عما إذا كانت التأثيرات على جودة الحياة أكثر أهمية من التأثيرات على طول العمر. (وعلينا أن نلحظ هنا أن العمر المتوقع الأطول أو الأقصر فى هذا السياق ليس بصورة أساسية مسألة أن يعيش الطاعنون فى السن بضعة أعوام إضافية. فالمسألة الأكثر تأثيراً هى عدد الوفيات بين الأشخاص الأصغر سناً).

وكون الرابطة بين المساواة والصحة رابطة نفسية - اجتماعية إلى حد كبير يعنى أن مستوى الاختلافات فى الدخل وحالة النسيج الاجتماعى للمجتمع هما محددتان شديدتا الأهمية للنوعية الذاتية الحقيقية للحياة بين المجموعات السكانية الحديثة.

إن الصحة تروى لنا حكاية عن المؤثرات الرئيسية على جودة الحياة فى المجتمعات الحديثة، وهى حكاية ليس بمقدورنا أن نتجاهلها. فهى تتناول - بصورة خاصة - القلق المتزايد حول التباين بين النجاح المادى والإخفاق الاجتماعى فى المجتمعات الحديثة. ومن اللافت للنظر المدى الذى جُعلَت فيه جودة الحياة مساوية لمستوى المعيشة المادى. ولا شك أن السبب فى هذا يرجع جزئياً إلى صعوبة قياس الجودة الاجتماعية للحياة. لكن لدينا الآن معرفة أفضل بمدى أهمية طبيعة الحياة الاجتماعية وبعض المعرفة بالأبعاد ذات الأهمية. وفوق ذلك نعرف أيضاً أن خفض الفوارق فى الدخل يمكن أن يحسن الوضع.

ولا يعنى هذا أننا بحاجة للتخلى عن النمو الاقتصادى لصالح إعادة توزيع الدخل. فمن المؤكد أن الأدلة التجريبية تدل على أنه من المرجح أن تكون الفوارق الأقل فى الدخل المرتبطة بمستوى أعلى من رأس المال الاجتماعى مفيدةً للإنتاجية. وبدلاً من الاضطرار للاختيار بين المساواة والنمو فإنه يبدو كأنهما أصبحا مكملين أحدهما للآخر.

ولكن الأمر لا يقتصر على أن الفوارق الأقل فى الدخل لا تنطوى بالضرورة على التضحية بالنمو. فالعلاقة المحيرة بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة والإنتاج القومى الإجمالى للفرد يمكن تفسيرها، مع تغيرها بمرور الزمن، بأنها تعنى أن التغير النوعى أهم من النمو الكمى، وأن فوائده قد تتوقف بصورة أساسية على التطور الثقافى والاجتماعى الذى يمكن عزوه إلى حد ما إلى التقدم المادى. ومن وجهة النظر التاريخية من الواضح أن النمو عامل تحرير وإثراء، وأنه يرفع من مستوى الكرامة الإنسانية. وقد تكون هناك أسباب للاعتقاد أن تأثيراته المسببة للتحضر العاطفى والتحرر الاجتماعى لم يكتمل ظهورها بعد. وإذا كان الأمر كذلك فلا يزال من الممكن للنمو الاقتصادى أن يحقق التحسينات غير المباشرة فى الجودة الاجتماعية للحياة، على الرغم مما قيل عن مستويات المعيشة التى تمثل العتبة وعن التحول الوبائى.

بعد هذه المقدمة يقدم الفصل الثانى المدخل المجتمعى للصحة. وهو يبين الاختلافات بين المدخل إلى البحث وإلى السياسة الذى يأتى من التفكير بمحددات صحة الأفراد، والمدخل المناسب لنظرة تركز على مستويات الصحة الإجمالية فى المجموعات السكانية والمجتمعات.

والاختلاف ليس مسألة ما إذا كانت الدراسات تتعامل مع أعداد كبيرة من الأشخاص. فمن المؤكد أن معظم مجموعات البيانات الصحية الكبيرة تستخدم لفهم كيفية اختلاف الصحة بين الأفراد، وهي لا توفر بالضرورة الدليل الأكثر فعالية لأسباب الفوارق الصحية بين المجموعات السكانية أو للسياسات التي ستحسن المستويات العامة.

ويبحث الفصل الثالث في أسباب استمرار متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الارتفاع في معظم المجتمعات المتقدمة بمعدل سنتين أو ثلاث مع مرور كل عقد جديد. ورغم أنه يبدو أن هذه العملية لا بد أن تكون ذات ارتباط وثيق بالنمو الاقتصادي؛ فإن العلاقة الإحصائية ضعيفة جداً. وتشير خصائص هذه المزاوجة غير المتلائمة إلى أخطاء معينة في قياس التغيرات الطويلة المدى في مستويات المعيشة، وتستبعد عدداً من تفسيرات التحسنات الصحية التي كان يمكن في وقت من الأوقات أن تبدو معقولة. ويركّز هذا الفصل على تفسير المغزى الاقتصادي للتحول الوبائي؛ فهو يسوق حجة أن الانتقال من أسباب الوفاة السارية إلى الأسباب التنكسية يشكل علامة وصول أغلبية عظمى من السكان إلى الحد الأدنى من المستوى المادي المتلائم مع الصحة. وبعد ذلك يبدو كأن العوامل المادية المطلقة تتوقف عن أن تكون العوائق الرئيسية للصحة الأفضل. ويتلاءم هذا مع العلاقة الضعيفة بين النمو الاقتصادي وارتفاع متوسط العمر المتوقع، لكنه يطرح مسألة تفسير استمرار الزيادات في متوسط العمر المتوقع.

ويركز الفصل الرابع على الفوارق الهامة في الصحة التي تبقى مرتبطة بالفوارق في مستويات المعيشة ضمن كل دولة. ويفسر الفصل البيانات المستخدمة لتقويم تلك الفوارق، ثم يمضي ليبين السبب في أنه لا يمكن إرجاعها إلى العوامل الوراثية، والسبب في أن صعود الأشخاص الأكثر صحة السلم الاجتماعي وهبوط الأشخاص الأقل صحة لا يلعب سوى دور صغير، والسبب في أن أياً من الفوارق الصحية لا ينجم عن فوارق في الرعاية الطبية، والسبب في أن السلوك المتعلق بالصحة لا يفسر الفوارق إلا جزئياً، وأخيراً السبب في أنه لا بد من البحث عن التفسيرات الرئيسية لصور التفاوت في الصحة في تأثيرات الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيش الناس فيها.

ويبدأ الفصل الخامس من التناقض الظاهرى فى أن الصحة تتعلق بالفوارق فى مستويات المعيشة ضمن الدول المتقدمة، لكنها لا تتعلق بالفوارق فى تلك المستويات بين تلك الدول. وتحل هذا التناقض الأدلة التى توحى أن الأهمية ضمن المجتمعات هى لمستويات الدخل النسبية لا لمستويات الدخل المطلقة. ويوجز الفصل الأدلة المأخوذة من مصادر مختلفة والتى تبين أن الدول ذات الفوارق الأقل فى الدخل تميل إلى أن يكون متوسط معدلات الوفيات فيها أكثر انخفاضاً. ويناقش الفصل احتمال أن تكون العلاقة زائفة، ثم يستبعد ذلك الاحتمال. وبعد ذلك نستعين بنتائج إضافية للأبحاث لنناقش كيف يمكن ربط تلك العلاقة بصور عدم المساواة فى الصحة ضمن هذه الدول.

ولمساعدتنا فى تفسير العلاقة بين توزع الدخل والصحة يبحث الفصل السادس بعد ذلك عن الخصائص المشتركة فى الأمثلة الخمسة للمجتمعات التى اتصفت بالمساواة على نحو واضح ونعمت بمعدلات وفيات منخفضة. ويبدأ الفصل ببريطانيا أثناء الحربين العالميتين الأولى والثانية حيث ارتفع العمر المتوقع للمدنيين بسرعة غير عادية. ثم ينتقل إلى بحث بلدة روزيتو Roseto فى بنسلفانيا Pennsylvania التى كانت بالإضافة إلى تمتعها بصحة أفضل من المدن المجاورة متلاحمة بصورة غير عادية. ويتناول الفصل أيضاً تحليلاً للاختلافات الإقليمية فى إيطاليا، والمستويات الصحية العالية التى كانت الدول "الشيوعية" تتميز بها، والانحدار النسبى أو المطلق فى مستويات الصحة فى أوروبا الشرقية منذ عام ١٩٧٠م، وأخيراً يلقى الفصل نظرة قصيرة على اليابان التى أنجزت بصورة متزامنة توزيعاً متقارباً للدخل على نحو غير عادى وأعلى معدل فى العالم للعمر المتوقع. وفى روزيتو وأوروبا الشرقية يمكن رؤية فقدان الامتياز الصحى المرتبط بالمساواة، فى حين يمكن فى اليابان وفى بريطانيا أثناء الحرب رؤية ذلك الامتياز وهو يُكتسَب. والرسالة التى تصل بوضوح فى كل حالة هى أن البلدان المتمتعة بالصحة وبالمساواة لديها - أو كان لديها - شعور بالتماسك الاجتماعى والروح الجماعية؛ فالقيم الاجتماعية لا قيم السوق ظلت طاغية فى مجال الحياة العام.

ويسبر الفصل السابع مفهوم التماسك الاجتماعى مستخدماً مواد مستعارة من علم الإنسان (الأنثروبولوجيا) وعلم النفس الاجتماعى. وهو يبحث بصورة أساسية فى الطريقة التى اعتادت

أشكال المجتمع السابقة أن تنظم حياتها الاقتصادية بها لتضمن التناغم الاجتماعى، وتقلل من النزاع إلى أدنى حد. ويناقش الفصل أيضاً إلى حد ما كيف أن لعلاقات السوق تأثيراً نفسياً عميقًا على خبرتنا لأنفسنا وفهمنا للعلاقات الإنسانية.

وينظر الفصل الثامن إلى أسباب الموت الخاصة الدالة أكثر من أية أسباب أخرى على المجتمعات التى تفتقر إلى المساواة بصورة خاصة. وبالإضافة إلى تحديد مجموعة من الأسباب الواضح أنها "اجتماعية" والتى تشير إلى الضغط الاجتماعى؛ فإن الفصل أيضاً يشير إلى النتائج الإحصائية التى تدل على أن ارتفاع معدلات الجريمة وجرائم القتل والعنف يرتبط باتساع الفوارق فى الدخل. وعلاوة على ذلك يلقى الفصل نظرة على عدة مؤشرات على التوعك الاجتماعى المتزايد الذى رافق الاتساع السريع فى الفوارق فى الدخل فى بريطانيا خلال أواخر الثمانينيات من القرن العشرين. ويدور هذا الفصل عملياً حول تأثيرات التفسخ الاجتماعى الناجم عن اتساع الفوارق فى الدخل ويُعتبر الوجه المعاكس للفصل السادس.

ويبحث الفصلان التاسع والعاشر السبل التى يرجح من خلالها أن يؤثر الافتقار إلى المساواة وفقدان التماسك الاجتماعى على الصحة. وأهم الروابط هى الروابط عبر تأثير الظروف النفسية – الاجتماعية على الصحة. فالفصل التاسع يعرض أمثلة عديدة ويستخدم طرقاً شديدة الاختلاف ليوضح التأثير القوى الذى تمارسه الظروف النفسية –الاجتماعية على الصحة البدنية وعلى معدلات الوفيات. ويعالج الفصل العاشر عمليات مماثلة ولكن على مستوى فيزيولوجى أعلى، مركزاً بصورة خاصة على التأثيرات البيولوجية للضغط النفسى المزمن. ويبين الفصل بعض التشابهات بين تأثيرات السلم الهرمى الاجتماعى على القرود الكلبية وعلى الموظفين الحكوميين العاملين فى لندن. وينتهى الفصل بوصف لبعض النتائج الهامة لأبحاث حديثة تبين آثار العوامل النفسية – الاجتماعية على نمو الأطفال، وهى آثار ذات معانٍ ضمنية هامة بالنسبة لسلامتهم العاطفية اللاحقة وعلى فرصهم المهنية.

وأخيراً، يجمع الفصل الحادى عشر هذه الأشياء جميعاً ليرسم صورة عن الصحة وجودة الحياة فى المجتمعات الحديثة تمثلها بأنها تعتمد بصورة أساسية على العدالة فى التوزيع وعلى مستويات ما يمكن أن يطلق عليه اسم "رأس المال الاجتماعى." إن مدى عدم المساواة

المادية هو محددة رئيسية من محددات السلامة الاجتماعية فى المجتمعات الحديثة وتأثيره على الصحة هو أحد بنود التكلفة الاجتماعية المرافقة له. والعلاقة بين الصحة والمساواة فى جوهرها تظهر أهمية احتياجات الإنسان الاجتماعية وتشير إلى الإطار الذى يمكن تلبيتها ضمنه. كما يلفت الفصل الانتباه إلى الدراسات التى توحى أن المكاسب فى الأداء البشرى فى المجتمعات الأكثر مساواة ليست ضارة بالنمو، بل تؤدى إلى ازدياد أسرع فى الإنتاجية وإلى معدلات نمو أعلى. ويلفت الفصل الحادى عشر الانتباه أيضاً إلى أن الحكومات لا تزيد المساواة عندما تكون شديدة الثراء، وكأن المساواة من الكماليات التى لايمكنها تأمينها فى الأحوال العادية، بل عندما تواجه أزمات تتعلق بالشرعية أو حين تحتاج بصورة شديدة إلى تعاون السكان ولا يمكنها الاستغناء عنه.

وبدلاً من القول ضمناً إن النمو الاقتصادى لم يعد يأتى بفوائد حقيقية للعالم المتقدم، يوحى الكتاب أن الفوائد غير مباشرة بدلاً من أن تكون مباشرة. والسؤال هو ما إذا كان مزيج الأشياء التى يتطلبها التوصل إلى مستويات معيشة أفضل يزيد من الجودة الاجتماعية للحياة أم ينقصها. إن علينا أن نفكر بالعلاقة غير المباشرة بين النمو الاقتصادى وجودة الحياة بطريقة مماثلة إلى حد كبير لتلك التى يمكن أن نستخدمها فى التفكير فى العلاقة غير المباشرة بين الحياة المادية والحضارة.

الجزء الأول

صحة المجتمعات

الفصل الثانى

تحول الصحة إلى علم اجتماعى

إن الفوارق اللافتة للنظر البالغة ضعفين أو ثلاثة بل حتى أربعة أضعاف فى معدلات الوفيات بين الطبقات الاجتماعية أو مجموعات الدخول المختلفة والتى ظهرت فى معظم المجتمعات المتقدمة - قامت بتذكير الناس بالقوة المستمرة التى تتمتع بها العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة للصحة. وبالطبع لم يكن هناك أى شك فى أن مستوى المعيشة ومدى الفقر هما عاملان هامان من محددات الصحة فى كل من العالم الثالث والمراحل السابقة من التطور فى الدول المتقدمة. ولكن كان هناك افتراض واسع الانتشار بأن الثراء المتنامى الذى تمتعت به الدول الأغنى فى النصف الثانى من القرن العشرين يعنى أن قبضة تلك التأثيرات على الصحة قد تراخت. وبدا من المعقول أن يؤثر المركز الاجتماعى على الصحة، حين كان جزء كبير من السكان يعانى صعوبة فى تلبية احتياجاته المادية الأساسية، ولكن استمرار الأهمية الكبيرة للمركز الاجتماعى حين أصبحت مستويات المعيشة أعلى بكثير، بدا للكثيرين أمراً يصعب تصديقه. وسنرى فى الفصل الرابع السبب فى أنه لا يمكن إيجاد تعليلات تقلل من شأن تلك الفوارق، وأنه يجب أن نقبلها على علاتها. وبالرغم مما بدا للبعض من أن الفوارق تتطلب تصديق ما لا يصدَّق؛ فإن الأبحاث الاستكشافية الأولى قد تمت الآن، والنتيجة هى أنه من المؤكد أن الجزء الأكبر من تلك الفوارق فى الصحة ينبع بالفعل من النسيج الاجتماعى والاقتصادى للحياة رغم إخفاقها فى التقلص تحت تأثير النمو الاقتصادى.

ومعرفتنا أن عمليات حياة الناس الاجتماعية ذات البنية الاقتصادية تبقى أقوى مؤثر على الصحة فى العالم الحديث تحول استكشاف محددات الصحة إلى علم اجتماعى. ويمكن للعلوم الطبية أن تتناول السبل البيولوجية التى لها علاقة بالمرض وأسبابه وأعراضه وفرص معالجته. ولكن إلى الحد الذى تكون الصحة فيه ناتجاً اجتماعياً وبعض أشكال التنظيمات الاجتماعية أوفر صحة من بعضها الآخر، سيعتمد التقدم فى فهمنا للصحة على الأبحاث

الاجتماعية. فتطوير أشكال فعالة من الوقاية يعنى فهم الكيفية التى تقوم فيها البنيتان الاجتماعية والاقتصادية بالاعتداء على حقوق الناس، ومعرفة ما هى أنواع السياسات التى قد تكون مفيدة. وهذا يعنى فهم ما تنطوى عليه البنى المؤسساتية المختلفة الفعالة، وما تنطوى عليه الأشكال المختلفة لعدم الاطمئنان المتعلق بالسكن والدخل والوظائف، وما ينطوى عليه التطور الاجتماعى والجماعى؛ ويعنى فهم محددات الجودة الذاتية للحياة، والعثور على طرق لتقوية النسيج الاجتماعى للمجتمع؛ وقبل كل هذا وذاك يعنى فهم المؤثرات النفسية - الاجتماعية فى البناء الهرمى والمركز الاجتماعى.

ويبرز دليلان كمؤشرين على أن الصفة الاجتماعية والسياسية تطغى إلى حد كبير على طبيعة صحة الجماعة: الأول هو سلسلة الأمراض ومسببات الوفاة الشائعة فى أجزاء السلم الاجتماعى السفلية أكثر من الأجزاء العلوية؛ فالمعوقات الصحية للطبقات الأدنى لا يمكن شرحها على أساس مجرد مرض أو مرضين يمكن تعليلهما على أساس عامل خطر أو عاملين. إن معدلات الوفيات الناجمة عن نحو (٨٠) بالمائة (٨٣ بالمائة للرجال و٧٦ بالمائة للنساء) من أسباب الموت الأكثر أهمية البالغ عددها (٨٠) سبباً أو نحو ذلك (٧٨ سبباً لدى الرجال و٨٢ سبباً لدى النساء) - أعلى لدى العمال ذوى الياقة الزرقاء (عمال الطبقة الكادحة) منها لدى العاملين ذوى الياقة البيضاء (موظفى المكاتب ومن شابههم)، وكل مجموعة رئيسية من تلك الأسباب - الأمراض السارية وأمراض السرطان والأمراض القلبية الوعائية وأمراض التغذية والأمراض الاستقلابية والتنفسية والحوادث والأمراض العصبية والعقلية - يتبدى فيها النسق نفسه. والأمراض الهامة الوحيدة تقريباً التى تظهر درجة الميل الاجتماعى المعاكس هى أمراض سرطان الجلد (الناجمة عن الإفراط فى التعرض للشمس) وسرطان الثدى. وتبين السلسلة العريضة جداً من الأمراض المتعلقة بالمكانة الاجتماعية والاقتصادية أننا نتعامل مع ظاهرة اجتماعية فى أساسها، فهذا ليس مجرد تأثير التزامن العارض لبضعة عوامل صحية ترجح الميل الطبقى للمرض فى أحد الاتجاهين وليس فى الاتجاه الآخر.

والاتجاهات الصحية فى أوروبا الشرقية هى مؤشر آخر على أهمية العمليات الاجتماعية، وهو مؤشر مختلف تماماً ولكنه صارخ بقدر مماثل. ولو أن دول أوروبا الشرقية والغربية رتبت حسب درجة معدلات الوفيات فيها فى عام ١٩٧٠م لوُجدت مساحة كبيرة من التداخل

بين الكتلتين. فقد كان وضع ألمانيا الشرقية أفضل من ألمانيا الغربية، فى حين أن دولاً مثل بلغاريا ورومانيا كانت فى مرتبة أعلى من كثير من دول أوروبا الغربية. ولكن لو أن هذه الدول رتبت حسب معدلات وفيات الرجال فى عام ١٩٩٠م؛ فإن جميع دول أوروبا الشرقية كانت فى وضع أسوأ من جميع دول أوروبا الغربية (واتسون Watson ١٩٩٥)، وجاءت معدلات الوفيات فى يوغوسلافيا – التى لم تكن فى أى من المعسكرين – فى الوسط تماماً بين الكتلتين السياسيتين. ولا يقل وضوح ترتيب الفوارق القومية فى وفيات النساء إلا بمقدار قليل. والاختلاف بين عامى ١٩٧٠ و١٩٩٠م ليس بشكل أساسى مسألة التدهور فى حالات الوفاة أثناء إعادة الهيكلة التى تلت ثورات عام ١٩٨٩م. فمنذ أوائل السبعينيات من القرن العشرين توقف التحسن فى العمر المتوقع عند الولادة فى جميع أنحاء أوروبا الشرقية؛ إذ بعد أن لحقت تلك الدول إلى حد كبير بمعدلات العمر المتوقع عند الولادة فى أوروبا الغربية خلال الخمسينيات والستينيات توقف التحسن، وتكونت فجوة صحية كبيرة بين أوروبا الشرقية والغربية – رغم استمرار النمو الاقتصادى فى معظم أوروبا الشرقية. والطبيعة السياسية الاقتصادية للمشكلة يوحى بها دليل أن هذا الفشل لا يمكن تفسيره على أساس قضايا واضحة وصريحة مثل انخفاض مستوى الرعاية الطبية أو النمو الاقتصادى المتفاوت أو تلوث الهواء المتزايد (هرتزمان Hertzman ١٩٩٥) فقد حدث خطأ ما فى تلك المجتمعات فى أوقات متقاربة جداً فى أوائل السبعينيات. عند النظر إلى الاتجاهات يصعب تجنب الاعتقاد بأننا إذا فهمنا السبب الذى منع المزيد من التقدم فى الصحة سنكون قد اكتشفنا أيضاً الأصول الاجتماعية والاقتصادية لثورات عام ١٩٨٩م؛ حيث إنه توجد علاقة وثيقة بين الصحة والمجتمع فما، نتعلمه عن المجتمع يفيدنا بالنسبة للصحة، وما نتعلمه عن الصحة يفيدنا بالنسبة للمجتمع.

والفهم العام الصحيح للصحة يلتقى فى نقاط كثيرة مع مدخل دركايم Durkheim إلى الانتحار. فبدلاً من تحليل الانتحار على أسس صحة الفرد النفسية وظروفه، رأى دركهايم معدلات الانتحار على أنها نتاج اجتماعى. ولكل مجتمع معدل يعكس تركيبه الاجتماعى. وأثناء كتابة دركايم كان السبب الشائع للوفاة إلى حد كبير هو الأمراض السارية، وكان من الواضح أنه يجب ربط حدوث المرض بصورة رئيسية بالتعرض للعدوى وبالفقر المادى.

ولكن يبدو من المرجح أن دركايم لو كان يقوم بالكتابة الآن فى سياق الحديث عن الأمراض فى المجتمعات المتقدمة لم يكن سيقصر تحليله على الانتحار. فهناك أدلة قوية على أن معدلات معظم الأمراض تتفاوت من مجتمع إلى آخر بطرق تعكس الفوارق فى تنظيمها الاجتماعى والاقتصادي، وهى بالتأكيد مؤشر على تلك الفوارق. إن معظم أسباب الموت الرئيسية لا تبدو ذات صبغة اجتماعية أقل من الانتحار. ولا شك فى أن دركهايم كان سيهتم بصورة خاصة بحقيقة أن عدم التقدم فى العمر المتوقع عند الولادة فى أوروبا الشرقية منذ أوائل السبعينيات من القرن العشرين كان ظهوره بين العازبين من الرجال والنساء أكثر منه بين المتزوجين. فقد تدهورت الوفيات بشكل جوهرى بين العازبين أثناء السبعينيات والثمانينيات لكنها لم تتغير إلا قليلاً بين المتزوجين (واتسون ١٩٩٥). وهذا يعطى مؤشراً قوياً على مدى كون العمليات الكامنة وراء ذلك هى عمليات اجتماعية.

ويمكن أن يؤدى النظر إلى الصحة من منظور المجتمع بدلاً من منظور الأفراد إلى وجهة نظر مختلفة اختلافاً جذرياً حول محددات الصحة. فبدلاً من النظر لمعرفة ما الذى يجعل أحد الأفراد يتمتع بصحة أكثر من فرد آخر - هدفنا فى هذا الكتاب هو أن نرى ما الذى يجعل أحد **المجتمعات** يتمتع بصحة أكثر من **مجتمع آخر**. ومن وجهة نظر صحة المرء نفسه أو صحة أصدقائه يبدو فهم الفوارق الصحية بين الأفراد بلا شك أكثر مغزى من فهم الفوارق بين المجتمعات. ولكن من وجهة نظر السياسات العملية والسياسة العامة، أو بالتأكيد من وجهة نظر المصلحة الاجتماعية، ما يهم هو صحة المجتمعات بأكملها. والقضية ذات الأهمية الكبرى هى كيفية زيادة المقدار الإجمالى للصحة التى يتمتع بها المجتمع. ومن ذلك المنظور فإن معظم المكاسب والخسائر الصحية التى تحدث للأفراد فى أحد المجتمعات - سواء أكانت تتعلق بالهرم، أو بأوبئة الأمراض السارية الموسمية، أو بظهور أشكال أخرى من المرض أو باختفائها - ليست لها أهمية كبيرة. فالقليل جداً من التغيرات الصحية على مستوى الأفراد يمثل جزءاً من العمليات التى تزيد من صحة المجتمع الإجمالية.

ولكن أليس من المؤكد أن محددات الصحة التى تحددها دراسات الأفراد تتجمع لتصبح محددات صحة المجتمع؟ على الرغم من أن الجواب من حيث المبدأ هو "نعم،" فمن الناحية

العملية ومن وجهة نظر نتائج الأبحاث، من الممكن جداً ألا تتجمع على ذلك النحو. وحين لا يتم تأكيد أن ما يبدو عاملاً محدداً للصحة على مستوى المجتمع أو المجموعة هو عامل خطر فى الدراسات التحليلية على مستوى الأفراد؛ فهناك ميل لإطلاق اسم "المغالطة البيئية" على النتيجة الخاصة بالمجتمع. لكن هناك أسباباً تفسر كون التحليلات الخاصة بالأفراد والخاصة بالمجتمعات تعطي نتائج مختلفة مع أنها على نفس الدرجة من الصحة (شوارتز Schwartz ١٩٩٤؛ سَسَر Susser ١٩٩٤). فمن المحتمل أن تظهر نواة للحقيقة على المستوى البيئى الأوسع، لكن الإحصائيات تفشل فى اكتشافها على المستوى الفردى؛ إذ إن ما يحرك حقاً صحة المجتمعات بأكملها، مضيفاً إلى المقدار الإجمالى للصحة أو منقصاً منه، قد يكون عوامل لا تفسر سوى جزء ضئيل جداً من اختلاف صحة الأفراد وبالتالى لا يتم اكتشافه. وبصورة بديلة، قد تكون العوامل المسئولة عن تغييرات رئيسية فى صحة مجموعات سكانية كاملة عوامل ثابتة بين الأفراد ضمن كل مجتمع، وبالتالى فهى أيضاً لا تُكتشَف فى دراسات الأفراد. (تدعى العوامل التى تؤثر فى الجميع بشكل متماثل فى أحد المجتمعات ثوابت وهى لا ترى فى الدراسات الإحصائية للأفراد ضمن المجموعة السكانية؛ لأن اهتمام الإحصائيات الكامل ينصب على تحليل الفوارق أو أنماط التنوع بين مجموعة كبيرة من الحالات. ولا يمكن اكتشاف تأثير عامل مجتمعى ما يشترك فيه جميع أفراد المجتمع إلا عن طريق المقارنة مع مجتمعات مختلفة). ويتساءل المرء عن مدى كثرة استبعاد نتائج يحتمل أن تكون قيمة على أساس أنها مغالطات بيئية.

ومن الناحية العملية يبدو كأن بعض العوامل التى تظهر أنها تفسيرات هامة للفوارق الصحية بين الأفراد لا تعطى تعليلاً للفوارق بين المجموعات الاجتماعية ضمن المجتمعات أو بين مجتمع وآخر. فعلى سبيل المثال، هناك دول تعد من بين أكثر الدول تمتعاً بالصحة في العالم على الرغم من أن معدلات التدخين فيها عالية جداً. وهذا بالطبع لا يعنى أن التدخين لا يضر بالصحة، بل يعنى فقط أن تأثيره أقل أهمية من عوامل أخرى تكون عادة غير معروفة وتختلف بين دولة وأخرى. وعلى نحو مماثل لا تظهر مستويات استهلاك الشحوم والكولسترول فى بريطانيا درجة تحدّر الطبقات الاجتماعية الحادة جداً التى نجدها فى مرض القلب،

فهذه المستويات تؤثر فى أخطار مرض القلب على الأفراد، لكنها ليست من بين الأشياء التى تختلف بصورة منهجية بين الطبقات الاجتماعية بطريقة تسهم فى درجة تحدر المرض الطبقية.

وهناك أيضاً مشكلات أكثر جوهرية من محددات الصحة على مستوى الأفراد فى الاستدلال على محددات الصحة على مستوى المجتمعات. إن كلاً من التعليم والدخل يبدوان عاملين هامين من محددات الصحة الفردية. ولكن أحد آثار التحصيل العلمى الجيد هو أنه يرفع المرء على سلم الهرم الاجتماعى. وقد يعود التحسن فى الصحة إلى التغيير فى مركز الفرد الاجتماعى الذي يحققه التعليم لا إلى التعليم نفسه. ولو أن كل شخص فى المجتمع حصَّل بصورة مفاجئة مزيداً من التعليم بمقدار (٢٥) بالمائة فيبدو من المرجح أن ذلك سيزيد من الصحة، ولكن هذا قد لا يحدث ذلك. فإذا كان المركز الاجتماعى هو الشىء الهام ولم يتغير المركز النسبى لأى شخص، فلن تتحسن الصحة. ويمكن قول الشىء نفسه عن زيادات الدخل. فهل الأهمية للدخل المطلق أم للدخل النسبى؟ من المحتمل أن الدخل لا يؤدى إلى أى اختلاف إلا إذا حسَّن مركز الشخص النسبى فى المجتمع. وسنرى فى الفصل الخامس أن الأدلة توحى أن للدخل النسبى أهمية أكبر من أهمية الدخل المطلق. ويمكن قول الشىء نفسه عن بعض الأبحاث التى تبين أن الأشخاص الذين لديهم قدر أكبر من الدعم الاجتماعى يتمتعون بصحة أفضل. وإذا كان هذا انعكاساً لميل لدى الناس الذين لهم شخصيات أكثر حباً للمخالطة لأن تكون صحتهم أفضل بغض النظر عن بيئتهم الاجتماعية، فمن المحتمل ألا تؤدى العلاقات الاجتماعية الأفضل فى مجتمع ما إلى تحسن الصحة بصورة عامة. وأخيراً الأطفال الذين ينقلون إلى مدارسهم بالسيارات قد يحتمون من بعض مخاطر الشوارع، لكن كل رحلة إضافية بالسيارة تزيد من تلوث الهواء ومن مخاطر الطرقات بالنسبة للآخرين. وهكذا قد ينطوى استنتاج نتائج عن المجتمعات بأكملها من دراسات الأفراد على نوع من المغالطة البيئية المعكوسة. ومن وجهة نظر التغييرات فى السياسة العامة ما يهم هو ما إذا كانت النتائج صحيحة بالنسبة للمجتمع ككل.

ويمكن إيضاح مدى أهمية القضايا الاجتماعية بالتباين الواضح بين الصحة فى الدول المتقدمة وفى الدول النامية. ففى السنوات بين ١٩٦٥ و١٩٨٦م ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان بمقدار (٧,٥) سنة للرجال و (٨) سنوات للنساء. وفى بداية تلك الفترة كان متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان أقل منه فى بريطانيا. وعند نهاية الفترة أصبح متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان هو الأعلى فى العالم بأسره. ويمكن رؤية درجة ضخامة تلك المكاسب من حقيقة أنه يجب إلغاء جميع أمراض القلب ومعظم أمراض السرطان فى بريطانيا للتوصل إلى زيادة مماثلة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فيها (مارموت Marmot وديفى سميث Davey Smith ١٩٨٩). لكن يبدو أنه لا يمكن تفسير تلك التحسينات على أساس التغيرات فى التغذية أو الرعاية الصحية أو السياسات الصحية الوقائية أو أى من العوامل الواضحة التى أظهرتها دراسات الأفراد.

وتعطى مستويات التحليل المختلفة صوراً مختلفة لمحددات الصحة. فقد أجريت أبحاث على الفوارق فى الصحة بين الأشخاص المصنفين فى طبقات اجتماعية ضمن المجتمع نفسه، وبالإضافة إلى الفوارق فى المحددات الفردية والمجتمعية، ركزت تلك الأبحاث الانتباه على محددات الصحة التى كانت كثيراً ما تهمل فى السابق. وتوحى الدراسات بأن الجزء الأكبر من الفوارق فى الوفيات بين الطبقات الاجتماعية لا يمكن تفسيره بالتفسيرات التى تبدو هامة بالنسبة للاختلافات الفردية فى الصحة. خذ على سبيل المثال الفوارق البالغة أربعة أضعاف فى مستويات الوفاة بسبب مرض القلب بين العاملين فى المكاتب ذوى المراتب العليا والدنيا فى الدوائر الحكومية في بريطانيا (انظر الشكل ٤-١). حتى حين نأخذ بالاعتبار انخفاض التقديرات الناجم عن عدم دقة الأرقام؛ فإن جميع عوامل الخطر الفردية الرئيسية المعروفة لا تفسر أكثر من نصف الاختلاف (مارموت وزملاؤه *Marmot et al.* ١٩٧٨ب.) وقد أكدت عدة دراسات أخرى أن درجات ميل الطبقات الاجتماعية فى الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب تبقى تقريباً على نفس درجة الانحدار بعد ضبطها حسب تأثير عوامل الخطر الفردية الرئيسية.

ومما يعطى وزناً إضافياً لأسباب الخوض فى محددات الصحة على مستوى المجتمع، تنميط علم الاجتماع للتعرض لعوامل الخطر التى لفت روز Rose الانتباه إليها (روز ١٩٩٢):

فحجته المؤيدة لمدخلٍ مجتمعى لم تعن بالفوارق المحتملة بين العوامل ذات الأهمية على مستوى الأفراد وعلى مستوى المجتمع. وإنما ساق حجة فحواها أن عدداً كبيراً من العوامل المعترف بأهميتها على المستوى الفردى تتطلب التدخل على مستوى المجتمع. وبصورة أساسية، إذا كان السلوك يتحدد اجتماعياً؛ فلا يمكن تغيير الأفراد إلا بتغيير المجتمع. وبدلاً من النظر إلى الأشخاص المصابين بمرض معين أو المعرضين لأحد العوامل الخطرة على أنهم أفراد يختلفون بصورة مطلقة عن بقية السكان الطبيعيين، بيّن روز أن خصائص السكان بأكملهم تحدد أعداد أولئك الأشخاص. وبدلاً من انفصال المرضى عن بقية السكان بفجوة واضحة، فهم يمثلون أحد طرفى التوزع السكانى المستمر. وكان ارتفاع ضغط الدم من أول الأمثلة التى ظهرت لهذا النمط؛ فقد اتضح أن الأشخاص ذوى الضغط المرتفع ليسوا فئة متميزة تضاف فى أعلى التوزع الطبيعى لضغط الدم فى مجتمع من المجتمعات. وبدلاً من أن تكون لديهم علة غير موجودة لدى باقى السكان فهم يدخلون ضمن نطاق التغير الذى يصفه منحنى جرسى الشكل للتوزع الطبيعى. ويبدو الشىء نفسه صحيحاً عن عدد من العوامل الخطرة الأخرى من عوامل مرض القلب بما فى ذلك ارتفاع مستويات الكولسترول.

وبعد فحص توزع عوامل الخطر فى اثنتين وثلاثين دولة فى جميع مستويات التطور الاقتصادى، استنتج روز أن نسبة الأشخاص المعرضين لخطر كبير فى أية مجموعة سكانية هى ببساطة دالة على **متوسط** ضغط الدم ومستويات الكولسترول أو أى شىء آخر فى ذلك المجتمع. وتوحى أدلته أن ذلك صحيح بالنسبة لعدد من الحالات. وهكذا يبدو أن نسبة السكان الهرمين الذين يعانون الخرف الشيخوخى هى دالة على مستوى القدرة الإدراكية لدى السكان بأكملهم. وعلى غرار ذلك ينبئ متوسط نسبة استهلاك الكحول لدى الفرد فى مجموعة سكانية بعدد الأشخاص المفرطين فى شرب الخمور، فى حين أن انتشار السمنة له علاقة بمتوسط نسبة الوزن إلى الطول. وفى الواقع، يقول روز إن هذا ينطبق على مقاييس الاكتئاب والصحة العقلية والنزعة العدوانية.

وبالرغم من أن التنوع الإجمالى فى أى مجموعة سكانية يشمل التنوع الوراثى؛ فإن

الطريقة التى يرتفع بها توزع تلك الظروف على المجموعة السكانية بأكملها أو ينخفض فى المجتمعات المختلفة تعكس فوارق فى أسلوب حياة المجتمع. وقد فسر روز أدلته على أنها تظهر عدم إمكانية خفض نسبة السكان المعرضين للخطر ضمن سلسلة واسعة من العوامل الخطرة دون خفض تعرض السكان بأكملهم لذلك الخطر. وعمليًا فإن مدى التنوع على طرفى قواعد السلوك لمجتمع ما ثابت بحيث إن نسبة السكان ذوى الأنظمة الغذائية السيئة أو المفرطين فى شرب الخمور أو المعانين من ارتفاع ضغط الدم... إلخ، هى انعكاس للموقع الذى تحتله قواعد السلوك فى ذلك المجتمع. وقد أوحت أدلة روز أن من الأسهل تغيير قواعد السلوك المجتمع من تركها بلا تغيير أثناء محاولة خفض نسبة السكان المتجاوزين لأحد مستويات الخطر.

ولا يبدو أى من هذه الأمور مستغرباً إلى حد كبير، على اعتبار أن خصائص وملامح كثيرة من السلوك الإنسانى تكون فى العادة موزعة ضمن كل مجتمع، وتعكس بذلك جزئياً أنماطاً من التماسك الاجتماعى لكن تلك الأمور تتعارض مع الفكرة الشائعة التى تعتبر المرض بلوى فردية مستقلة. وهى تؤكد المدى الذى تكون فيه الأمراض الحديثة وما يكمن وراءها من حالات التعرض إلى سلسلة كبيرة من عوامل الخطر نتيجة لقواعد سلوك المجتمع الذى نعيش فيه. والقوة الظاهرة التى يتمتع بها التعيين الاجتماعى للأمراض الفردية قادت روز إلى استنتاج أن السياسة الوقائية يجب ألا توجه نحو الأشخاص الموجودين فى الذيل المعتل الصحة من التوزع السكانى، وإنما نحو تحريك مجمل توزع السلوك أو الممارسة أو التعرض بين المجموعة السكانية بأكملها. فمثلاً لتقليل الوفيات من التشمع الكبدى؛ يجب على الجميع أن يقللوا تناولهم للمشروبات الكحولية. حيث إن المفرطين فى تناول تلك المشروبات يميزون أنفسهم عن المعدل الإحصائى؛ فإن مقدار تواتر الشرب الذى يمثل ذلك المعدل يحدد عدد الأشخاص الذين يصبحون مدمنين للمسكرات. وهذا يعنى أن عمليات التمييز أكثر جوهرية من المعدلات الإحصائية التى يجرى التمييز حولها. ويستشهد روز بقول دوستويفسكى Dostoevsky:" نحن جميعاً مسئولون عن كل شىء."

ويرتبط هذا بالنتائج التى استنتجها سايم Syme من النجاح الضئيل جداً الذى أحرزته محاولات خفض عوامل الخطر السلوكية الفردية. وقد وصف المشكلة فى سياق النتائج المخيبة

للآمال التى نتجت عن اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة Multiple Risk Factor Intervention Trial فى الولايات المتحدة (سايم ١٩٩٦). فالرجال المصنفون ضمن فئة العشرة بالمائة الأعلى بالنسبة لخطر الإصابة بمرض القلب الإكليلي - والذين يمكن بالتالى اعتبار أن لديهم حافزاً قوياً - لم يقتنعوا بأكثر من القيام بتغييرات ضئيلة فى عاداتهم الغذائية وتدخينهم رغم السنوات الست من المحاولات المكثفة لإقناعهم بالتغيير. وقد علق سايم قائلاً:

> حتى حين ينجح الأشخاص فى تغيير سلوكهم عالى الخطورة؛ فإن أشخاصاً جدداً يستمرون فى دخول المجموعة السكانية المعرضة للخطر ويحلون محلهم. فعلى سبيل المثال، فى كل مرة نجحنا أخيراً فى مساعدة شخص على الإقلاع عن التدخين ضمن مشروع اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة، هناك احتمال أنه فى اليوم نفسه كان طفل أو طفلان فى باحة مدرسية فى مكان ما يجربون تدخين السجائر للمرة الأولى. لذلك حتى حين نساعد الأشخاص المعرضين لخطورة عالية أن يخفضوا نسبة الخطر فإننا لا نقوم بشىء لتغيير توزع المرض بين السكان . . . لأننا لم نقم بشىء للتأثير على تلك القوى فى المجتمع التى سببت المشكلة فى الأصل.

(سايم ١٩٩٦، ص ٢٢)

وهذا سبب إضافى لتبنى مدخل مجتمعى للصحة. لكن كما أن لذلك المدخل معانى ضمنية بالنسبة للأبحاث المطلوبة لتوجيهه؛ فإن له معانى ضمنية بالنسبة للسياسة تمضى إلى حد أبعد بكثير من مشكلات معالجة عوامل الخطر الإكليلية. وتتوصل دراسات الأفراد والمجموعات الاجتماعية عادة إلى مضامين شديدة التباين حول السياسة. فدراسات الأفراد تقود دائماً إلى محاولات للتمييز بين الأشخاص الذين يعانون مشكلة ما (أحد الأمراض أو المشكلات الاجتماعية) والأشخاص الذين لا يعانونها ممن ينتمون إلى المجموعة السكانية أو الاجتماعية نفسها. والمدخل هو التعرف على الأشخاص الذين لديهم أعراض المرض ثم اكتشاف الشىء المختلف - أو الذى كان مختلفاً - فى أسلوب حياتهم أو فى ظروفهم الاجتماعية - الاقتصادية. وبصورة شبه دائمة ينتهى بك الأمر إلى تحديد مجموعة من الأشخاص معرضة

لدرجة عالية لخطر الإصابة بالمرض، ويتم تحديدهم لأن لديهم عوامل تعرض معينة أو أياً كان الأمر، وتصبح المشكلة عندئذ هى كيفية التدخل لدى تلك المجموعة لوقايتها من الإصابة بالمرض. ويكون الأمر أحياناً مسألة القيام بالتقصى وتوفير معالجة مبكرة، وفى أحيان أخرى محاولة تغيير أحد جوانب أسلوب المعيشة، ولكن الأمر دائماً ينطوى على توفير خدمة أو تدخل ما. ولا ينطبق هذا على الصحة فحسب، بل أيضاً على دراسات سلسلة واسعة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والتطورية والتربوية. وما يحدث هو أن مصدر المشكلة الأصلى فى المجتمع يبقى كما هو (بل وقد لا يُعرَف) فى حين تُقترح خدمات جديدة باهظة التكاليف لتولى شأن أكثر الأفراد إصابة بالمشكلة. وتؤدى كل مشكلة جديدة إلى طلب موارد إضافية لخدمات تهدف إلى محاولة تصحيح الضرر الذى يستمر فى الحدوث. ولأن الخلل الكامن فى النظام لا يقوَّم فهو يتيح المجال لتدفق مستمر لكل من الأشخاص المعانين نتيجة ذلك والمطالبات بخدمات خاصة لتلبية احتياجات أولئك الأشخاص.

لكن يمكن اللجوء إلى مدخل آخر. خذ على سبيل المثال، معدل الانتحار العالى بين المراهقين فى اليابان. كان يمكن تناول مشكلتهم عن طريق تحديد الأشخاص المعرضين للخطر وتوفير خدمات استشارية باهظة التكلفة فى كل مدرسة وكلية، ولكن مع مرور السنوات انخفضت حالات الانتحار بصورة ملموسة بين مجموعتى الأعمار (١٥-٢٠) و (٢٠-٢٥) عاماً، وخاصة بين الصبيان، بدون تلك الخدمات. وبدلاً من ذلك أدت تعديلات فى النظام التربوى إلى رفع إمكانية التنبؤ بسير الطلاب فيه وإلى تخفيض احتمال الأوهام غير الواقعية وما ينتج عنها من مشاعر خيبة الأمل (دور Dore ١٩٩٥) وكانت التعديلات أقل تكلفة وفى الوقت نفسه أكثر فعالية مما كان يمكن أن تكون عليه الخدمات الإضافية. وفى المجال المهنى يعطى الضغط النفسى فى الوظيفة مثالاً آخر. فبدلاً من تأمين خدمات استشارية باهظة التكلفة للموظفين الذين يعانون شدة الضغط النفسى، قد تجد الشركات أن التغييرات فى الممارسات المكتبية يمكن أن تقلل من الإجازات المرضية وتزيد من الإنتاجية (كاراسك Karasek وثيورل Theorell) وبدلاً من الاستجابة للضغط النفسى الوظيفى بطرق تزيد التكاليف، يمكن لمدخل أكثر جذرية ألا يتفادى تكلفة الخدمات الإضافية فحسب، بل ربما يمكنه أن يزيد من الكفاءة أيضاً.

إذن، هناك عدد من الأسباب المختلفة للاعتقاد بأنه يجب إعطاء اهتمام أكبر للمحددات المجتمعية للصحة. وهى تندرج تحت عنوانين. فمن حيث الأبحاث قد تكون تفسيرات الأمور التى تجعل مجموعات سكانية كاملة تنعم بصحة أفضل من مجموعات أخرى مختلفة جداً عن الأدلة التى تأتى من دراسات ما يجعل بعض الأفراد ينعمون بصحة أفضل من غيرهم. وإضافة إلى ذلك توجد أدلة واضحة تبين أن هناك عوامل اجتماعية محددة للصحة ينبغى التعرف عليها. ثم من حيث السياسة: أولاً حتى حين يتعلق الأمر بمعالجة عوامل الخطر بالنسبة للأفراد، قد تكون أحياناً معالجتها على مستوى اجتماعى أكثر فعالية، وثانياً إذا كان من المطلوب ألا تعتمد الوقاية على سلسلة مستمرة من الخدمات الجديدة الباهظة للتعامل مع الأشخاص الذين صنفوا على أنهم معرضون لدرجة عالية من الخطر؛ سيكون عليها أن تعالج البيئة التى تولِّد مستويات مختلفة من التعرض للخطر.

إننا نتخيل فى كل مجال من مجالات السياسة الاجتماعية تقريباً أن الخدمات والتدخلات أكثر أهمية مما هى بالفعل. ولا يقتصر الأمر على أن تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية على بقاء الإنسان خفّض إلى حد كبير تأثير الخدمات الطبية (كما سنرى فى الفصل القادم)، بل إن تأثير الشرطة والسجون على الجريمة لا يعدو أن يكون ثانوياً، كما أن العاملين فى الخدمة الاجتماعية غير قادرين على حل المشكلات الاجتماعية، ولا يستطيع المعلمون فى المقررات العلاجية أن يولدوا - فى ساعتين أسبوعياً - تأثيراً يبطل مفعول الصدمات العاطفية فى خلفيات الأطفال، ولا يستطيع العاملون فى مجال تنمية المجتمع تكوين المجتمعات، ولا يستطيع علماء النفس المختصون بمعالجة الأسر وقاية الأسر من الانهيار. وعمليات التقويم فى جميع هذه المجالات تعطى أدلة على أن فعالية هذه الجهود هى فى أفضل الحالات هامشية.

وإذا كانت الأخطار الصحية التى يتعرض الناس لها بصور متفاوتة تنشأ من مجرد الظروف المادية التى نعيش فيها؛ فإن ذلك لن يضيف إلى ما يمكن لنا رؤيته بأعيننا سوى معلومات قليلة جداً عن مجتمعنا. إن ما يجعل فهم الصحة مسألة هامة من وجهة نظر علم الاجتماع هو أن الكثير من المشكلات الصحية الحديثة تعكس تجربة الأشخاص الذاتية

للظروف التى يعيشون فيها؛ ذلك لأن الكثير من السبل التى تؤدى إلى المرض هى نفسية - اجتماعية كما سوف نرى. ومن المعروف أن المضاعفات النفسية للظروف الاجتماعية تساهم فى انتشار الأمراض والوفيات الناجمة عن سلسلة واسعة من الحالات. والمعنى الضمنى لهذا هو أن صورة الأمراض فى المجتمعات المختلفة أو فى المجموعات المختلفة المراتب ضمن المجموعات السكانية يعطينا فكرة عن التأثير الذاتى للأنظمة الاجتماعية والاقتصادية. وهذا يعنى أن الصحة يمكن أن تعطى أدلة جديدة حول الاتجاه الذاتى فى المجتمع.

وتحليل العوامل الاجتماعية - الاقتصادية المحددة لمعدلات الوفاة هو دليل ذو أهمية خاصة لفهمنا للرفاهة الاجتماعية، وليس ذلك فقط لمجرد أن المعايير واضحة والسجلات مكتملة. فهو هام أيضاً لأن العوامل الاجتماعية المحددة للصحة تتيح لنا رؤية جوهرية للطريقة التى تفرض الهياكل الاجتماعية فيها أضراراً نفسية وتكاليف بشرية؛ فالصحة كما سنرى توفر لنا بيانات ثابتة توصلنا إلى التأثير الذاتى للتجربة. وفى كثير من مجالات الرفاهة الاجتماعية يعانى القياس مشكلات التعريفات والمعايير المتبدلة، وكذلك عدم معرفة ما إذا كانت التغييرات فى الأرقام تمثل تغييرات حقيقية، أو أنها مجرد اختلافات فى نقل المعلومات أو تسجيلها. وأخيراً يتمتع علم اجتماع الصحة بميزة أن فهم الناس لما يسبب التدهور فى الصحة لا يخضع لأفكار اللوم والعقاب بنفس المقدار الموجود فى حقول أخرى من الأداء الاجتماعى.

إن الصعوبة تكمن فى تحديد التغييرات المؤسساتية التى يمكن أن تتصدى لجذور تلك المشكلات وفى تطبيق تلك التغييرات. وهناك بالطبع تاريخ طويل من الوقايات والإصلاحات القانونية التى تتناول مصادر الخطر التى يمكن تفاديها بحل تقنى سريع، مثل الحد من التعرض للمواد السامة أو وضع حماية للآلات. وفى حين أن هناك شكاوى دائمة حول التكاليف وانتقادات مستميتة للأدلة صادرة عن الأطراف التى تهدِّد مصالحها المالية، فإن الحلول الفنية قد قدمت مساهمات كبرى للصحة المهنية والبيئية. لكن ما ينتج الآن عن الأبحاث الصحية خاصة أبحاث صور عدم المساواة الصحية هو معرفة الأسباب الاجتماعية للمرض. فبدلاً من اكتشاف حالات التعرض للمواد السامة وأخطار الآلات نكتشف الآن سميّة الظروف الاجتماعية وأنماط التنظيم الاجتماعى. ونحن نعرف تماماً أنه إذا كانت

الفوارق فى معدلات الوفيات التى بلغت ثلاثة أضعاف والتى ثبت وجودها بين موظفى المكاتب الأعلى مرتبة والأدنى مرتبة (مارموت وآخرون Marmot *et al.* ١٩٨٤) نشأت نتيجة للتعرض للمواد السامة؛ فإن المكاتب المعنية تغلق على الفور إلى أن يتم حل المشكلة. وعلى نحو مماثل إذا تم تحديد أن سبب الاختلاف البالغ أربعة أضعاف فى معدلات الوفاة بين الأشخاص الذين يعيشون فى أحياء الأغنياء وأحياء الفقراء فى الإقليم الشمالى من إنجلترا (فيليمور وآخرون Philimore *et al.* ١٩٩٤) – هو الملوثات التى تفرزها المصانع فإن المنطقة تفرغ من السكان فى حين يتم تنظيم عملية طوارئ تنظيفية. ولكن من حسن حظ المصالح المكتسبة التى كانت ستتعرض للخطر أنه لا الأسباب الاجتماعية معروفة جيداً ولا تأثيراتها المروعة على معدل الوفيات. ولكن إذا أخذنا فى الاعتبار كيف أن صور عدم المساواة الصحية لم تكتشف إلا من فترة قريبة جداً وأيضاً المعدل الذى تتقدم به معرفتنا لأسبابها؛ فإن هناك ما يدعو إلى الاعتقاد بأن هذه القضايا ستوفر خلال العقد القادم الحافز لفترة جديدة من الإصلاح الاجتماعى.

وتوفر الإحصائيات فى الكثير من مجالات الأبحاث مجهراً اجتماعياً من نوع ما؛ فهى تظهر جوانب من الواقع الاجتماعى وعلاقات بين الأشياء لا تراها العين المجردة. ولو أنك ذكرت الفوارق الطبقية الاجتماعية فى معدلات الوفاة قبل عشرين عاماً، حتى لو كنت تتحدث إلى أطباء أو غيرهم من المعنيين بالرعاية الصحية، لكان السؤال الأول عنها هو: "فى أى اتجاه تسير" فحقيقة أن معدلات وفيات الطبقة الأدنى بلغت على الأقل ضعف معدلات الطبقة الأعلى لم تكن ظاهرة للعيان. ورغم أننا جميعاً نلاحظ وجود عجائز من النساء أكثر من الرجال، ونعرف أن سبب ذلك هو التفاوت فى البقاء على قيد الحياة، فإننا غافلون عن واقع أن هناك درجة أكبر من عدم التوازن بين أعداد الكبار فى السن من الطبقات العليا والدنيا ناتجة عن التفاوت فى البقاء فى مختلف مراحل العمر. وتطلب "اتضاح" الصورة سنوات من الأبحاث التى أوضحت تلك العلاقات إحصائياً، وبنوداً مستمرة فى وسائل الإعلام لإطلاع جمهور أوسع على نتائج تلك الأبحاث. وقد نما فهم الناس للعوامل الاجتماعية المحددة للصحة بسرعة خلال العقدين الماضيين؛ فالجميع يعرفون الآن أن صحة الفقراء أسوأ من صحة الأغنياء وأعمارهم المتوقعة أقصر من أعمار الأغنياء.

وفى حين أنه من المرجح أن تكون أسباب الفوارق فى الأعمار بين الجنسين عضوية إلى حد كبير، فالفوارق بين الطبقات هى بصورة رئيسية مسألة الظروف الاجتماعية - الاقتصادية المختلفة التى يعيش الناس فيها. وكانت الحكومات تميل فى الماضى إلى استخدام الافتقار إلى معرفة الأسباب الدقيقة عذراً لعدم القيام بأى عمل، لكنه عذر يزداد ضعفاً يوماً بعد يوم. ولو أن العلاقة بين الصحة والحرمان كانت مفهومة بالوضوح نفسه كالعلاقة بين الافتقار إلى الوقود والوفاة بين كبار السن من داء البرودة (الانخفاض غير الطبيعى فى حرارة الجسم) لكان من الصعب مقاومة المطالبة باتخاذ إجراء ما. وفى بريطانيا طالبت وسائل الإعلام على اختلاف توجهاتها السياسية باتخاذ إجراء ما بشأن داء البرودة، وكانت النتيجة أن قامت الحكومة رغم مقاومتها الشديدة بالبدء فى إحداث نظام من بدلات الطقس البارد الإضافية للمحالين على المعاش لإنفاقها على زيادة التدفئة، وبعد ذلك تعويض هؤلاء المحالين على المعاش وغيرهم من ذوى الدخل المنخفض عن الضريبة الإضافية المفروضة على أسعار الوقود. ومع تقدم الأبحاث حول العوامل الاجتماعية - الاقتصادية المحددة للصحة وازدياد فهم العامة للمسائل المتعلقة بها - ستصبح المطالبة بالإصلاح الاجتماعى أمراً لا يمكن إيقافه. فازدياد المعرفة يغير كلاً من أخلاقيات الوضع القائم ومعقوليته، ويحول الكسل الرسمى المبرر إلى إهمال يستحق اللوم.

وفى هذا المجال إمكانية كامنة لتوفير أساس لإصلاح البيئة الاجتماعية مساوٍ لإصلاحات البيئة الطبيعية التى أحدثتها حركة الصحة العامة التى بدأت فى العصر الفيكتورى. ومثلما تجاوزت فوائد تلك الإصلاحات الصحة لتشمل جودة الحياة؛ فإن الإصلاحات التى يجعلها إدراك العوامل الاجتماعية المحددة للصحة ضرورية ستحسن أيضاً جودة الحياة بالإضافة إلى الصحة.

والبديل المعهود لمقياس جودة الحياة هو الدخل بالطبع. ولكن بدلاً من توفير الدليل التجريبى عن طريقة تأثر الكائنات البشرية بجودة البيئة الاجتماعية والاقتصادية والطبيعية مثلما تفعل الصحة، يأتى معنى الدخل من ميلنا إلى الاعتقاد - الذى هو جزء من العقيدة الاقتصادية لمجتمعنا - بأنه وسيلة تحقيق الإنسان لذاته، أى أن تحقيق الذات يمكن شراؤه. وعلى

المستوى الاجتماعي؛ لأن الدخل يوفر لكل شخص حرية وقوة أكبر في السعي إلى أي شيء يرغب فيه، فإن غنى المجتمع يستخدم كأفضل مقياس بديل يقاس به صلاحه. وفي غياب أية مقاييس جيدة للأوجه الأخرى للرفاهة الاجتماعية؛ فإن حقيقة أن الدخل يوفر مقياساً صحيحاً لقوتنا على الاستهلاك تعني أننا ننزلق بتشجيع من علماء الاقتصاد إلى الاعتقاد بأن الاستهلاك، بدلاً من أن يكون شرطاً مسبقاً ضرورياً للحياة، هو معنى الحياة. وتبدو النظرية الاقتصادية في عدد مفرط من المرات بأنها توحي إما أن لدينا رغبة فطرية في الاستهلاك إلى أقصى حد أو أنه لم يوضع أي هدف لتبني السلوك "العقلاني" سوى الاستهلاك. ولكن على المستوى السكاني، يعطي الدخل والصحة تعريفين للمجتمع "الصالح" مختلفين بعض الشيء. ويبدو أن أهم اختلاف بينهما هو أن الدخل يتجاهل أهمية الحياة الاجتماعية التي تؤكد الصحة عليها.

ولقد جرت عدة محاولات لتحسين الإنتاج القومي الإجمالي للفرد بصفته مقياساً لرفاهة المجتمع. ووضعت مقاييس سمّيت "مقاييس الرفاهة الاقتصادية" تقوم – ضمن أشياء أخرى – بخصم بعض العلل الاقتصادية من الدخل القومي، مثل تلوث الهواء وحوادث اصطدام السيارات التي تستدعي نفقات إضافية دون أن تضيف إلى الرفاهة الصافية (ديلي Daley وكوب Cobb ١٩٩٠؛ جاكسون Jackson وماركس Marks ١٩٩٤). لكن رغم تلك الجهود سيكون للدخل إخفاقان رئيسيان إذا استخدم أساساً لقياس الرفاهة. الأول أنه أساساً غير قادر على قياس التغيير النوعي. فمع تطور المنتجات عبر السنين وظهور أنواع جديدة من المنتجات في السوق، لا توجد أية طريقة يمكن بها للمؤشرات الاقتصادية أن تقوِّم أهميتها المتغيرة بالنسبة للرفاهة. إن المؤشرات المالية لا تعطي ملخصاً وافياً لازدياد الثروة، إلا إذا اقتصرت العملية الاقتصادية التي نزداد بواسطتها ثراء على أن توفر لنا سلسلة السلع والخدمات نفسها التي كان آباؤنا وأجدادنا يتمتعون بها. ولأن معظم التحول الذي يحدثه التطور الاقتصادي ينطوي على تغيير نوعي، لا في الاستهلاك فحسب بل في كل وجه من وجوه الطريقة التي نعيش بها، فإن المؤشرات المالية تخفق في الانتباه إلى معظم الأمور الهامة. وحتى الأساس الذي يقوم عليه مؤشر بسيط مثل مؤشر أسعار التجزئة تحبطه عملية التغير النوعي المستمرة في البضائع والخدمات التي نستخدمها (سيجال Siegal ١٩٩٤).

والإخفاق الثانى لمقاييس الرفاهة الاقتصادية هو أنها كما يوحى اسمها تغفل الرفاهة الاجتماعية. والتغيرات الاجتماعية الهائلة التى تحملها التطورات الاقتصادية شديدة الأهمية بالنسبة للرفاهة الإنسانية. وحتى قبل أن تصعد المجتمعات فوق المستويات الأساسية التى تمثل الحد الأدنى من موارد الرزق فإن رهافة الناس تعتمد اعتماداً كبيراً على البيئة الاجتماعية. وفى الدول المتقدمة حيث المستويات المادية الأساسية بالنسبة لأغلبية عظمى من السكان أعلى بكثير من الحد الأدنى؛ تصبح الرفاهة الاجتماعية جزءاً من الصورة أكبر حجماً.

إن قدرة الأبحاث الصحية على توضيح قضايا هامة تتعلق بالرفاهة الاجتماعية ونوعية الحياة لا تستند إلى افتراضات بديهية؛ فالصحة حساسة للتغيرات النوعية والكمية فى الحياة المادية والاجتماعية. ولو ظهر أن الصحة الجيدة هى ببساطة مسألة تجنب الشوكولاته ورقائق البطاطس وبضع رذائل جذابة أخرى، منها الكسل والنهم والبطالة، ... إلخ. - لبدا أنه فى بعض الجوانب الهامة هناك علاقة عكسية بين الصحة وجودة الحياة. ويبدو للكثيرين أن الصحة تنطوى على التضحية بالسعادة. لكن الأبحاث أظهرت أن الصحة حساسة جداً لا للسعادة فحسب، بل أيضاً لجوانب معينة من الرفاهة الاجتماعية. والقنوات النفسية التى تتأثر الصحة من خلالها تعنى أنها قادرة على توفير نافذة على التجربة النفسية - الاجتماعية الذاتية، وتظهر لنا كيف أننا نتأثر بسمات هامة من التنظيم الاجتماعى. وسننظر إلى الأدلة على ذلك فى الفصول السادس والثامن والتاسع.

وتزداد قدرة الأبحاث على تسجيل وتوثيق التكاليف البشرية لسمات معينة من البنية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات الحديثة. وبصورة خاصة يزداد وضوح الأسباب والسبل الكامنة المسئولة عن أعداد الوفيات المفرطة التى تحدث فى شرائح المجتمع الأكثر حرماناً. وبصورة ليست بعيدة عن التوقع، تشترك النقاط الرئيسية العريضة لهذه الأسباب والسبل فى أمور كثيرة مع عدد من المشكلات الاجتماعية الأخرى، بما فى ذلك الاضطرابات العاطفية أثناء الطفولة والأداء الدراسى السيء والجريمة والعنف.

وتفرض المشكلات المرتبطة بالحرمان تكاليف إضافية على المجتمع بطرق مختلفة متعددة. ويتم ذلك جزئياً من خلال الحاجة إلى خدمات إضافية - سواء أكان ذلك مسألة ازدياد

أعداد السجناء أو خدمات طبية إضافية أو التعامل مع صراعات أكثر فى فصول المدارس أو تكاليف إدمان المخدرات أو الخدمات الاجتماعية أو أياً كان الأمر. كما تترتب التكاليف أيضاً من خلال الحاجة إلى تقديم دفعات تأمينات اجتماعية إلى الأشخاص الذين ضعفت معنوياتهم أو أصبحوا غير مؤهلين بسبب ظروفهم الاجتماعية وعدم توافر الفرص التعليمية وفرص العمل. وبالإضافة إلى التكاليف الحكومية هناك أيضاً التكاليف الخاصة، مثل الأنظمة الأمنية المطورة - الأقفال وأجهزة الإنذار والمراقبة المستمرة - المطلوبة لحماية الأملاك، أو التكاليف البشرية المرتبطة بالخوف من عنف الشوارع وما يفرضه من تقييد للحرية الشخصية.

وجميع هذه التكاليف - الحكومية منها والخاصة، المالية والاجتماعية - هى تكاليف التعامل مع أعراض الإخفاق الاجتماعى للمجتمعات الحديثة، وليس مع مسبباته. وتؤدى الممانعة فى إقرار التغييرات فى البنى الاجتماعية - الاقتصادية التى تخلق تلك المشكلات إلى تراكم التكاليف التى يمكن عزوها إلى عدم إصلاح الهيكل الاجتماعى. إننا ندفع لأننا لا نقوم بأية تغييرات، ومن المفترض أن ما ندفعه هو ثمن التناقضات المتنامية التى لا بد لها فى مرحلة معينة من أن تؤدى إلى تغيير فى النظام الاجتماعى السائد. وهذا بصورة جوهرية هو مصدر أزمة دولة الرفاهة التى يواجهها العالم المتقدم بدرجة كبيرة.

وحين تبقى البنية الاجتماعية والاقتصادية بدون إصلاح؛ فإنها تسبب مشكلات تفرض أعباء من التكاليف على المجتمع بأسره، وخاصة على القطاع العام. وتلك الأعباء وما يرافقها من إهدار الموارد البشرية لأقلية كبيرة من السكان تعوق الأداء الاقتصادى والروح التنافسية إعاقة بالغة. ولا يؤدى ضعف الأداء الاقتصادى إلى تعميق مدى الإخفاق الاجتماعى للمجتمع وتوسيعه من خلال زيادة البطالة والفقر النسبى فحسب، بل يخفض أيضاً من قدرة الأمة على تسديد تكاليف الإخفاق. فمع ازدياد نسبة هبوط السكان إلى مستوى الفقر النسبى؛ يتحول الأشخاص من كونهم مساهمين بصورة تامة فى الرفاهة الاجتماعية إلى كونهم عالة اجتماعية عليها بصورة تامة. وهذا بدوره يشكل تهديداً إضافياً للرخاء، وبذلك يؤكد الحلقة المفرغة التى تزيد من العبء الاجتماعى، وفى الوقت نفسه تعوق قدرة المجتمع على الاستجابة

الفعالة لذلك العبء. وتبين الأدلة العالمية التى سنستعرضها فى الفصل الحادى عشر أنه بدلاً من الاضطرار للاختيار بين المساواة والنمو الاقتصادى فإن قدراً أكبر من المساواة يرتبط فى النظام الاقتصادى الحديث بالنمو الأسرع.

إذا كان النوع الوحيد من الإصلاح الذى يمكن لواضعى السياسة رؤيته هو إضافة خدمات باهظة التكاليف فى معركة للاستمرار فى مسايرة الأضرار الاجتماعية المتنامية، فإن السياسيين سيعتقدون أنه لا يوجد أى حل: فمن المرجح أن الأحزاب السياسية يسارية كانت أم يمينية لن تعتقد أن بوسعها إضافة زيادات كبيرة فى النفقات الحكومية، وستقع المطالبات بخدمات إضافية على آذان صماء. كما أن الحل ليس فى خفض المزايا والخدمات، فى حين يبقى النظام الذى أوجد الحاجة لتلك المزايا والخدمات. فمن وجهة النظر الاجتماعية سيقابل ذلك الخفض ارتفاع التكاليف الاجتماعية. والحل الحقيقى هو التعرف على مزيد من التغييرات الجوهرية التى لا تتطلب سوى التكاليف الأولية المطلوبة للقيام بالتغييرات الوقائية الضرورية فى هياكل المؤسسات.

وتبين المقارنات الدولية وجود اختلافات هامة جداً فى نطاق المشكلات الاجتماعية التى تواجهها الدول المختلفة. فمن جهة هناك دول مثل الولايات المتحدة، ومثل الشكل الذى أخذت بريطانيا فى التحول إليه بصورة متزايدة، فيها معدلات جريمة عالية وأعداد كبيرة من السجناء ومستويات تعليمية منخفضة وصور من التفاوت الصحى الكبير، ومستويات عامة للصحة ضعيفة نسبياً. ومن جهة أخرى هناك دول مثل اليابان والسويد فيها - أو كانت على الأقل حتى أواخر الثمانينات من القرن العشرين - معدلات جريمة منخفضة، وصور من التفاوت الصحى الضئيل ومستويات تعليمية مرتفعة وأعلى متوسط للعمر المتوقع فى العالم. هذه الفوارق تبين أن بعض الدول استطاعت أن تحقق نتائج أفضل بكثير مما حققته الدول الأخرى من النظام الاجتماعى والاقتصادى الأساسى الذى تشترك فيه جميع تلك الدول. ومن المؤكد أن ذلك يشهد على الأهمية الإجمالية لأن تكون العلاقة بين الاقتصاد والمجتمع صحيحة.

الفصل الثالث

ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة والتحول الوبائى

هناك سمتان من سمات الصحة السكانية تلفتان النظر أكثر من جميع السمات الأخرى وكلتاهما غير مفهومتين بشكل صحيح. فليس هناك تفسير وافٍ لنزعة الارتفاع المستمر فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة وفى مستويات الصحة فى معظم دول العالم، ومازلنا عاجزين عن فهم السبب فى أن الصحة تختلف بهذه الحدة مع الفوارق فى المركز الاجتماعى - الاقتصادى ضمن كل بلد. فى هذا الفصل سنبحث أولى هاتين القضيتين. وتشكل الفوارق فى الصحة ضمن البلد الواحد موضوع الفصل التالى.

فى معظم أرجاء العالم يستمر متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى الازدياد من جيل إلى الجيل التالى. ففى العالم المتقدم يضاف ما بين عامين وثلاثة أعوام إلى متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع مرور كل عقد من الزمن. وهذه إلى حد كبير أهم عملية تؤثر فى الصحة البشرية على كلا النطاقين القومى والعالمى، ومع ذلك فمعرفتنا لأسبابها محدودة جداً. وكما سنرى فإن أياً من التفسيرات المفترضة مثل تطور العلوم الطبية وإجراءات الصحة العامة وفوائد النمو الاقتصادى لا تتفق مع المعطيات على الإطلاق. ومن المؤكد أننا لم نصبح واعين لمدى الفجوة الجوهرية الموجودة فى معرفتنا، إلا حين تمكنا من رؤية ما هو خطأ فى مثل تلك التفسيرات. وعلى الرغم من أن الدول المتقدمة قد نعمت بمزايا الزيادات المستمرة بلا انقطاع تقريباً فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة منذ قرن على الأقل، فنحن نفتقر إلى النظريات التى تستطيع مجرد البدء فى التوافق مع البيانات.

وقد يكون من المهم فى البداية ملاحظة أنه فى حين أن الزيادات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة هى المسئولة إلى حد بعيد عن الزيادات الكبيرة فى نسبة كبار السن فى الدول المتقدمة، فإن هذا ليس بسبب أن زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة جعلت الكبار يعيشون حياة أطول. فعلى الرغم من أن الأشخاص فى العقدين الثامن والتاسع من العمر يعيشون بالفعل حياة أطول بقليل مما كانوا فى السابق، إلا أن التحسن الحقيقى جاء فى

خفض معدلات الوفاة بين الأشخاص الأقل عمراً، وبصورة إجمالية كلما كانت المجموعة أصغر عمراً؛ ازداد انخفاض معدلات الوفاة بين أفرادها. وحدث أكبر هبوط فى وفيات الرضَّع، تلاه انخفاضات كبيرة فى الوفيات بين الأطفال، ثم انخفاضات تقل باستمرار بين البالغين الأصغر والأكبر سناً. وهكذا على الرغم من أن معدلات وفيات الأشخاص فى العقدين الثامن والتاسع من العمر كانت أقل المعدلات تغيراً منذ القرن التاسع عشر؛ فإن نسبة الأشخاص الذين يصلون الآن إلى سن الهرم أعلى بكثير.

سنبدأ بالنظر إلى أسباب الارتفاع التاريخى لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة، ثم نمضى لبحث ما يحتمل أن يكون كامناً وراء الاتجاهات الحالية.

إن معظم الانخفاض فى معدلات الوفيات فى الدول المتقدمة منذ القرن التاسع عشر كان انخفاضاً فى معدلات الوفيات من الأمراض السارية. (وكون أن الانخفاض فى الآونة الأخيرة هو بصورة رئيسية انخفاض فى الوفيات بسبب الأمراض التنكسية هو أحد الأسباب الهامة لإبقاء الماضى والحاضر منفصلين فى هذه المناقشة.) وقد بين ماكيون McKeown فى عمله الواسع التأثير أن الغالبية العظمى من نسبة انخفاض الوفيات من الأمراض السارية حدثت قبل أن يأتى الطب بعلاجات مثمرة وإكساب فعال للمناعة (ماكيون وآخرون ١٩٧٥). وخلص إلى أن ذلك يعنى أن التغير لم يكن نتيجة استخدام العلوم الطبية. فقد تضاءلت نسب الوفيات بسرعة منذ أواخر القرن التاسع عشر. ومن الناحية النظرية يعنى استخدام جِنر Jenner لجدرى البقر فى التلقيح (الكلمة الإنجليزية للتلقيح vaccination مشتقة من vacca التى تعنى بقرة) ضد الجدرى منذ وقت مبكر يعود إلى عام ١٧٩٦م، أن انخفاض الوفيات من الجدرى قد يكون حالة استثنائية كان الطب فيها هو الذى حقق التغيير. لكن نزعة الهبوط فى عدد الوفيات تبدو مساوية إلى حد كبير للانخفاض فى وفيات الأمراض الأخرى التى لم يكن التلقيح متوافراً لها، ولا يبدو أن هناك سبباً للاعتقاد أن التلقيح قام بأكثر من مساهمة ثانوية فى نزعة الهبوط التى خضعت للعوامل الكامنة نفسها التى خضع لها الهبوط فى أعداد الوفيات من الأمراض الأخرى.

وحقيقة أن الطب عاجز عن تفسير معظم الانخفاض فى حالات الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية ليست بالطبع دليلاً على أن العناية الطبية غير مثمرة. إنها تعنى أن فعالية تلك العناية جاءت فى هذه الحالة متأخرة إلى درجة أنها لا تفسر أى شيء سوى جزء بسيط من الانخفاض فى الوفيات التى تسببها الأمراض السارية. لكن تقديرات المساهمة الراهنة التى تقدمها الرعاية الطبية الحديثة فى ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى العالم المتقدم لا توحى أن تلك المساهمة تستطيع تفسير جزء كبير من الزيادة المطردة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة. ويوحى أكثر التقديرات الأخيرة سخاء، وهو تقدير يستند إلى تحليل الإجراءات الطبية الرئيسية بما فيها أشكال الوقاية الطبية مثل الفحص الجماعى وإكساب المناعة، أن الجهد الطبى الحديث بأكمله لا يضيف أكثر من فارق خمس سنوات تقريباً إلى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى العصر الحديث (بنكر وآخرون .Bunker *et al* ١٩٩٤). ومعظم هذه المساهمة ناتجة عن المعالجة وليس عن الوقاية. وهناك مؤشرات أخرى توحى أن دور الطب قد يكون أقل من ذلك إلى حد بعيد. وحتى بين أسباب الوفاة التى يكون العلاج الطبى فيها أكثر فعالية تبقى العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة للوفيات أكثر قوة بصورة جوهرية (ماكنباك وآخرون .Mackenbach *et al*).

والافتراض الشائع أن تأمين المياه والمجارى النظيفة يفسر التحسنات الماضية فى الصحة يتجاهل أن معظم الانخفاض فى الوفيات كان فى مجال الأمراض التى ينقلها الهواء وليس الماء. لكن يجب أن نلاحظ أن زرتر Szreter (١٩٨٨) قال إنه من المحتمل أن الإجراءات الصحية العامة كانت ذات أهمية لا تقتصر على الأمراض التى تنقلها المياه، وذلك جزئياً؛ لأن من المحتمل أن أية إجراءات خفضت من الهجوم المتضافر للأمراض على أنظمتنا المناعية جعلتنا أكثر قدرة على التغلب على الأمراض السارية الأخرى.

وهناك بعض الأمراض مثل الهيضة (الكوليرا) قُضى عليها بشكل كامل تقريباً. وكان من الممكن إضافة السل إلى تلك الفئة لولا ظهوره المرتبط بازدياد الفقر مؤخراً فى الثمانينيات من القرن العشرين. وما حدث بين معظم الأمراض السارية الرئيسية الفتاكة الأخرى فى القرن التاسع عشر (مثل السعال الديكى والأنفلونزا والدفتريا والحصبة والحمى القرمزية)

هو أنه على الرغم من استمرار احتمال إصابتنا بها إذا لم نُكسب المناعة، فإنها تدريجياً أصبحت أمراضاً أقل خطورة. وأصبحت عدة منها أمراضاً سارية عادية فى الطفولة يمكن إغفال نسبة الوفيات منها (إذا كان "يمكن إغفال" أية نسبة وفيات أثناء الطفولة). مازلنا جميعنا نصاب بأنواع جديدة من الأنفلونزا، ولكنها لا تعتبر مهددة للحياة إلا لدى الكبار ذوى الأجسام الضعيفة. والمشكلة هى فهم السبب فى أن خطورة هذه الأمراض قد انخفضت. هل زادت مقاومة الإنسان أم أن فوعة (خبث) الكائنات الناقلة للعدوى قد انخفضت؟ هل نحن الذين تغيرنا أم هى؟

وبعد استبعاد التفسيرات المبنية على أساس العناية الطبية لجأ ماكيون إلى الزيادات فى مستوى المعيشة، وخاصة التحسن فى التغذية والسكن، على اعتبار أنها التفسيرات الأرجح احتمالاً لضعف تأثير الأمراض السارية. لكنه لم يعط أية أدلة إحصائية أو أدلة أخرى ذات علاقة بالمسألة، بل توصل إلى تلك النتيجة على أساس أنها الشىء الوحيد المتبقى بعد استبعاد التفسيرات الأخرى على النحو المبين أعلاه (ماكيون وآخرون ١٩٧٥). وقد بحث فى احتمال أن تكون الكائنات الناقلة للعدوى قد طورت أشكالاً أقل فوعة، لكنه خلص إلى أن ذلك احتمال فى حالة أو حالتين ولا يحتمل أن يكون التفسير الأساسى. وبالإضافة إلى الحجة التى يسوقها ماكيون ينبغى للمرء أن يتذكر أن تلك الأمراض استمرت فى كونها الأمراض الفتاكة الرئيسية فى الدول الأكثر فقراً، ويفترض أن ذلك ليس بسبب أن لها سلالات مختلفة تماماً.

هناك احتمال لا يتناوله ماكيون بصورة جيدة وهو أن المخلوقات البشرية أصبحت أقل عرضة للإصابة لأسباب وراثية لا لأسباب بيئية؛ فالأمراض ذات المعدلات العالية جداً للوفاة فى الطفولة تمارس تأثيراً انتقائياً شديد الفعالية، فهى تقتل نسبة عالية من الأشخاص الأكثر استعداداً قبل أن يكبروا ويورثوا جيناتهم للجيل التالى. وعلى الرغم من أن الحقبة التى كنا فيها معرضين لمعدلات وفيات عالية لم تكن طويلة بما يكفى لانتقاء طفرات جينية جديدة توفر مستويات أعلى من مقاومة تلك الأمراض، فمن الممكن جداً أنها كانت طويلة بشكل كافٍ لأن تشكل مجموعة سكانية مولَّدة بشكل انتقائى من أقسام التنوعات الجينية

الموجودة بين السكان التى تتمتع بأعلى قدر من المقاومة. ولأن أعلى معدلات الوفاة من هذه الأمراض هى بين الأطفال؛ فإن الأفراد الأكثر استعداداً للإصابة بها من السكان يموتون قبل أن يكبروا وينجبوا أطفالاً. وإذا كانت المجموعة الأساسية من جينات السكان قد احتوت على نسبة من الأشخاص الذين لديهم أجهزة مناعية قادرة على التخلص من تلك الأمراض السارية، فلا بد أن جينات أولئك الأشخاص قد زادت تواترها بسرعة بين السكان جيلاً بعد جيل.

وقد يكون من الممكن اختبار مثل هذا التفسير بتخطيط نموذج رياضى لكل مرض بين السكان. ويمكن استخدام معدل حالات البقاء الأولى كمؤشر لمدى تواتر ظهور مستوى كافٍ من المقاومة بين السكان. ويتبين مدى السرعة التى تم بها انتقاء ذلك المستوى من المقاومة وتفضيله لتكوين السلالة المنجبة للجيل التالى، من معدل الوفيات الناجمة عن ذلك المرض بين السكان الأصغر من سن الإنجاب. ويمكن التأكد من تلك الحسابات بمقارنتها مع الانخفاض المتنبأ به فى معدل حالات الوفاة من المرض فى الجيل التالى. ومن الممكن عندئذ رؤية ما إذا كان شكل منحنى انخفاض الوفيات ينسجم مع تفسير من ذلك القبيل.

وقد تم شىء من هذا النوع من تخطيط نماذج الأمراض السارية بالنسبة لأمراض الأنوا ع الأخرى (مثل الورام المخاطى بين الأرانب)، لكن لم يقم به أحد بين مجموعات بشرية. ومع ذلك فإن برنيت Burnet يعطى دليلاً مثيراً من مجتمعات أخرى عن انخفاض معدلات حالات الوفاة من المرض فى غياب التطور الاقتصادى – ويتميز هذا بأنه يستبعد ارتفا ع مستوى المعيشة كتفسير بديل (برنيت ووايت White ١٩٧٢). وهناك اتجاه واسع الانتشار بين الأمراض التى أدخلت مؤخراً بين مجموعات سكانية لأن تكون ذات معدلات وفيات شديدة الارتفا ع؛ فالمهاجرون الأوربيون إلى قارات أخرى فى القرون الماضية جلبوا أمراضاً أهلكت فعلياً المجموعات السكانية المحلية. وبصورة مماثلة كان المهاجرون يصابون بأعداد كبيرة بأمراض كانت أول معرفتهم بها فى الدول الأخرى. وتبدأ معدلات الوفاة من المرض فى الانحسار عادة بعد بضعة أجيال. ويذكر برنيت مثال مرض السل فى موريشيوس حيث يقول إن الأمر يتطلب "أكثر بقليل من مائة عام بعد الاحتكاك الأول لأحد الأعراق مع السل

لتطور مقاومة للمرض معادلة لمقاومة السكان الأوربيين له" (المصدر السابق نفسه: ص ٢١٩). ويقول إن نمط الإصابة بالسل بين الهنود الأمريكيين كان مشابهاً إلى حد كبير.

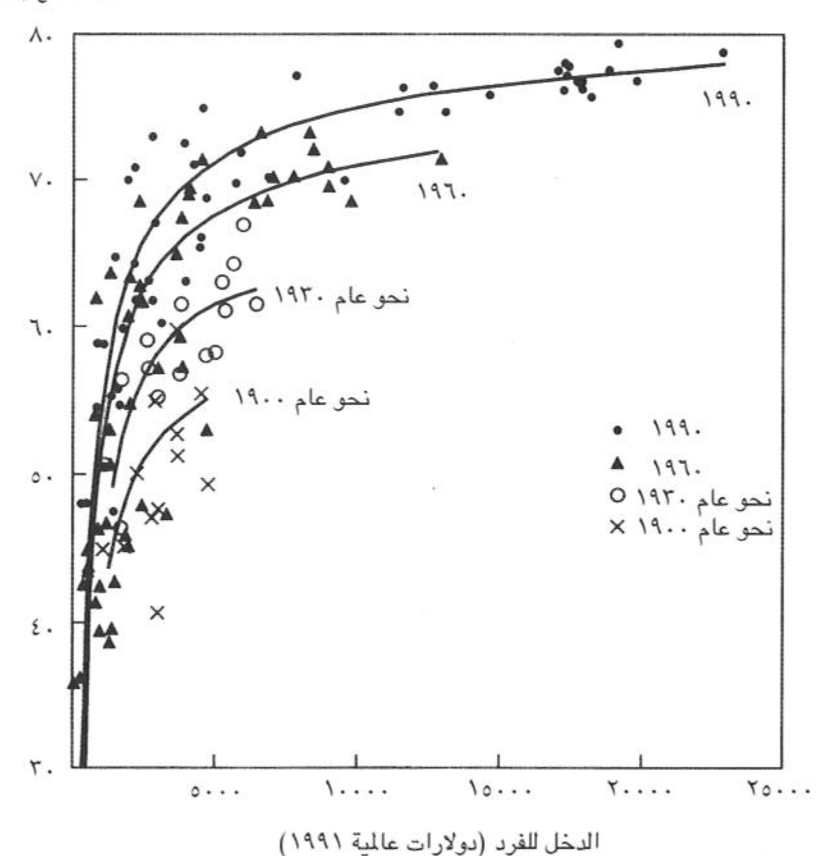
لكن حقيقة أن لدينا مؤشرات على عودة السل للظهور مع ازدياد الفقر الذى حدث مؤخراً فى بعض الدول المتقدمة توحى أنه لا بد من وجود عنصر أساسى بيئى فى تقهقر الأمراض السارية. وبالإضافة إلى ذلك، لو لم تحافظ مستويات المعيشة الحديثة على المستويات الحديثة لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة لما وجد سبب لهبوط معدلات الوفيات إلى أقل من المعدلات التى كانت طبيعية فى القرون الماضية. وتكون نظرية الانتقاء الجينى مناسبة جداً لتفسير العودة البطيئة إلى مستويات الوفيات "الطبيعية" بعد ارتفاع مفاجئ فى الوفيات سببه إدخال مرض جديد. لكن ما نراه هو انخفاض فى جميع المسببات السارية للموت بعد أن كانت الأمراض السارية هى الأسباب الرئيسية للوفاة لعدد من القرون أكبر بكثير من فترة المائة عام التى يقترح برنيت أنها كانت كافية للانتقاء الجينى؛ كى يخفض معدلات وفيات السل فى موريشيوس. ولأن النمط التاريخى ليس فى أساسه مسألة تجاوز ارتفاع مفاجئ فى وفيات الأمراض السارية قبل العودة إلى معدلات الوفاة التى كانت موجودة من قبل، وإنما هو خلافًا لذلك انخفاضٌ فى وفيات الأمراض السارية من جميع الأنواع إلى مستويات لم تعرفها أية حقب تاريخية سابقة، فالمكانة الأولى إذن يجب أن تعطى للارتفاع فى مستوى المعيشة.

وسننتقل الآن لمشاهدة ما قد يكمن وراء التحسن المستمر فى المعايير الصحية فى العالم الحديث. ويبين الشكل (٣ - ١) الصورة العريضة، فهو يصف العلاقة بين إجمالى الإنتاج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة للرجال والنساء مجتمعين بين دول فى مختلف مراحل النمو. وتمثل كل نقطة دولة من الدول، وتبين المنحنيات الأربعة العلاقة بين إجمالى الإنتاج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة كما كانت فى الأعوام ١٩٠٠ و١٩٣٠ و١٩٦٠ و١٩٩٠م .

وعند المستويات المنخفضة من إجمالى الإنتاج القومى للفرد كانت هناك فى كل نقطة زمنية علاقة ظاهرة بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة تتمثل فى أن الاثنين على ما يبدو

يرتفعان معاً. ولكن يبدو أن العلاقة تختفى عند المستويات الأعلى من إجمالى الإنتاج القومى للفرد، ففى كل نقطة زمنية يأخذ المنحنى بالانبساط ويميل لأن يصبح أفقياً. ويوحى هذا أنه عندما تصل الدول إلى مستوى عتبة معينة من الدخل (نحو ٥٠٠٠ دولار أمريكى للفرد فى عام ١٩٩٠)، يصل متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى وضع مستقر وتتوقف الزيادات الإضافية فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد عن الارتباط بزيادات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

الشكل (٣ - ١): متوسط العمر المتوقع عند الولادة والدخل للفرد فى دول وفترات مختارة



المصدر: البنك الدولى، **تقرير البنك الدولى**، ١٩٩٣

ولكن زيادة مقدارها على سبيل المثال (٥٠٠) دولار أمريكى للفرد ليست سوى زيادة نسبة مئوية ضئيلة جداً فى الدول الغنية، رغم أنها زيادة لا يستهان بها فى الدول الفقيرة. وقد يسأل المرء عما إذا كانت زيادة نسبة مئوية متساوية فى الدخل فى الدول الغنية والفقيرة ستكون ذات تأثير متماثل على متوسط العمر المتوقع عند الولادة. ويمكن فحص هذا الاحتمال ببساطة شديدة بأخذ لوغاريتم إجمالى الدخل القومى للفرد. وعلى أساسه يبدو أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة له ما يقترب جداً من العلاقة الخطية مع الزيادات المتناسبة فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد. وهذا يعنى أن مضاعفة الدخل من (١٠٠٠) إلى (٢٠٠٠) دولار سنوياً على سبيل المثال يضمن زيادة العدد نفسه من السنوات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة مثل مضاعفته من (١٠٠٠٠) إلى (٢٠٠٠٠) دولار سنوياً. ونجد فى أى تاريخ نحدده أن نمطاً من التضاؤل الشديد فى العائدات الصحية للزيادات فى الدخل يظهر من حقيقة أنه من حيث الأرقام المطلقة تكلف زيادة العدد نفسه من السنوات فى العمر المتوقع عند الولادة (١٠٠٠) دولار للفرد فى الدول الأفقر و (١٠٠٠٠) دولار فى الدول الأغنى. وفى الواقع تبدو التحسنات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى مستويات التنمية الأعلى وكأنها تهبط بشكل ملحوظ تحت الاتجاه الخطى اللوغاريتمى؛ مما يظهر عائدات صحية للزيادات فى الدخل متضائلة بصورة أكثر حدة (ولكنسون Wilkinson ١٩٩٤ أ).

ولو أننا لم نتمكن إلا من مشاهدة منحنى عام ١٩٩٠م فى الشكل (٣ – ١) فقد نعتقد أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة يتوقف عن الارتفا ع؛ لأنه وصل إلى الحد الأعلى من طول العمر بالنسبة للمجموعات البشرية. ولكن حتى دون المنظور الذى توفره لنا منحنيات السنوات السابقة، هناك عدد من الأسباب التى تدفع إلى الاعتقاد أن الأمر ليس كذلك. هناك أولاً النزعة التى لوحظت مؤخراً فى الدول المتقدمة ذات المتوسط المرتفع للعمر المتوقع لإظهار انخفاضات فى معدلات الوفاة حتى بين المتقدمين فى السن. ويزداد بروز هذه النزعة جزئياً بسبب الانخفاض فى أمراض القلب الذى يبقى إلى حد كبير بلا تفسير. وثانياً، فى الدول التى اتسعت فيها صور عدم المساواة الصحية نرى انخفاض معدلات الوفيات أسرع ما يكون بين الطبقات الاجتماعية التى تتمتع بأعلى متوسط للعمر المتوقع. ولو كنا نصطدم بحاجز يمثل الحد الأعلى لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة قد يتوقع المرء أن يقود ذلك إلى

تضييق عالمي لصور عدم المساواة الصحية أثناء عملية لحاق الفقراء بالأغنياء الذين وصلوا إلى الحاجز. ولا حاجة للقول إنه لم يظهر أي نمط من هذا القبيل بعد.

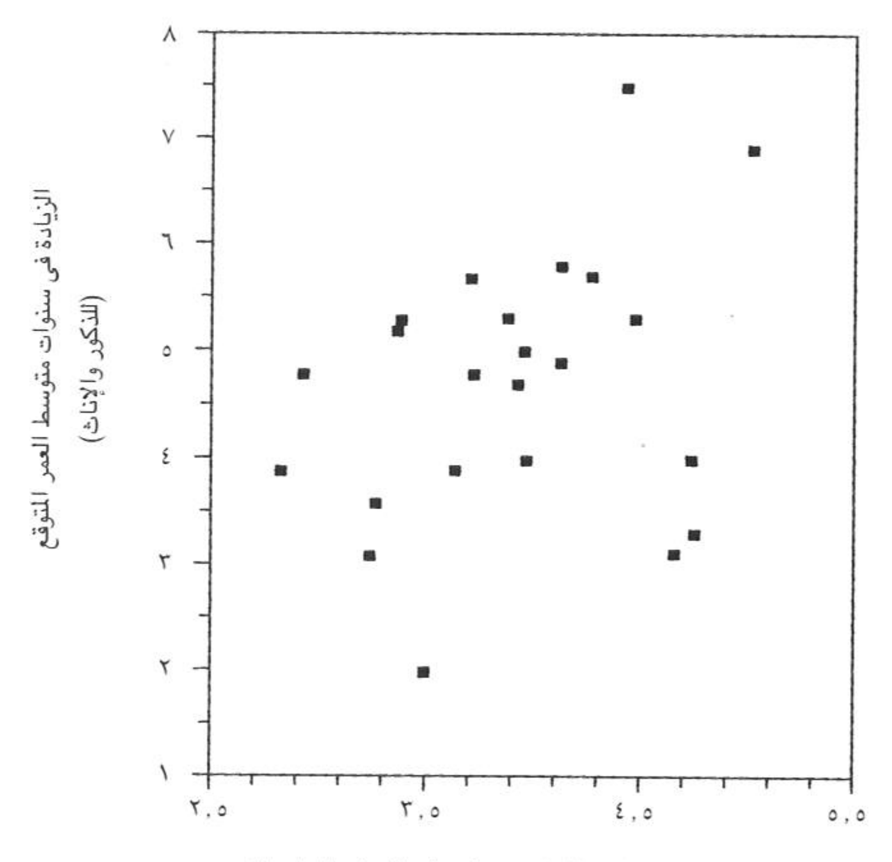
لكن أهم سبب للاعتقاد بأن انبساط المنحنيات في الشكل (٣ - ١) لا علاقة له بتاتاً بالتوصل إلى حدود بيولوجية قطعية لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة لدى الإنسان هو حقيقة أن ذلك المتوسط يستمر في الارتفاع مع مرور الزمن بمعدل سنتين أو ثلاث لكل عقد من الزمان حتى بين الدول الواقعة على الجزء الأفقي من المنحنى. ولكن قد يكون علينا بدلاً من ذلك أن ننظر إليه كمؤشر على وجود حدود للأعمار المتوقع أن يبلغها الإنسان ضمن أي سياق تاريخي محدد.

وبالنظر إلى منحنيات البيانات المختلفة في الشكل (٣ - ١) يتضح أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة لا يزداد بتحرك الدول الموجودة على طول منحنى معين منها، بل بالانتقال إلى منحنيات جديدة أعلى. وبالفعل استنتج برستون Preston في تاريخ مبكر، وهو عام ١٩٧٥م، أن نسبة الارتفاع في متوسط العمر المتوقع عند الولادة التي ترتبط بارتفاع مستوى المعيشة لا تزيد على (١٢) بالمائة (برستون ١٩٧٥).

ولكي نتوصل إلى فكرة أوضح عما إذا كانت الصحة تستجيب حقاً لمستويات المعيشة المرتفعة في الدول الغنية على الجزء المنبسط من الشكل (٣ - ١)؛ سننتقل من بيانات المقطع النموذجي وننظر إلى التغيرات على مدى فترة من الزمن. ويبين الشكل (٣ - ٢) العلاقة بين تغيرات النسب المئوية لإجمالي الدخل القومي للفرد والتغيرات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة على مدى الفترة ١٩٧٠-١٩٩٠م بين دول الأسواق الغنية المنتمية إلى منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. ويمكن بين هذه الدول مقارنة إجمالي الدخل القومي للفرد في مجال تعادلات القوة الشرائية بدلاً من مقارنتها حسب الأهواء المتقلبة لأسعار صرف العملات. وهذا يعني أن الجنيهات والفرنكات والينات،... إلخ.، تحول إلى دولارات حسب التكلفة المقارنة لسلة البضائع نفسها في كل بلد. وبعبارة أخرى فإن التغيرات في إجمالي الدخل القومي للفرد المبينة في الشكل (٣ - ٢) هي انعكاسات أكثر دقة للقوة الشرائية الحقيقية في كل دولة. وتعني فترة السنوات العشرين سنة التي يقاس التغير على مداها

أن هناك احتمالاً أقل فى أن تَفسد المقارنات بفعل فترات فتور مجهولة بين التغيرات فى إجمالى الدخل القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة.

الشكل (٣ - ٢): الزيادة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة بالنسبة لزيادة النسب المئوية لإجمالى الدخل القومى للفرد فى دول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية ١٩٧٠ - ١٩٩٠ .



المصدر: منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية، **الحسابات القومية**، باريس، والبنك الدولى، **الجداول الدولية**، ١٩٩٢م.

وكما لو كان الشكل (٣ – ٢) يريد أن يؤكد نتائج برستون فهو أيضاً لا يظهر أكثر من علاقة شديدة الضعف بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة وإجمالي الدخل القومي للفرد. فالارتباط بين التغيرات هو (٠,٣) ويوحي هذا أنه لا يرتبط أكثر من (١٠) بالمائة من التفاوت في معدل زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة بالتفاوت في إجمالي الدخل القومي للفرد. وتكاد هذه النتيجة أن تكون تكراراً حرفياً لما يستنتجه برستون، رغم حقيقة أن استنتاجه مبني على تحليل للبيانات قبل عشرين عاماً تقريباً. ويعني الاستنتاج عملياً أن بإمكان دولة من الدول أن تحقق معدلات نمو اقتصادي تعادل ضعف ما تحققه دولة أخرى خلال فترة عشرين عاماً دون حدوث تحسنات كبيرة في متوسط العمر المتوقع فيها.

يبدو إذن أن نسبة قد تبلغ (٩٠) بالمائة من الزيادات الحديثة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة التي تتمتع بها الدول الغنية لا ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو الاقتصادي بشكل كافٍ لتوليد علاقات متبادلة مع معدلات النمو على المدى الطويل. وتوحي التحاليل أن نحو (١٠) بالمائة من التحسنات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة تأتي من الابتعاد عن منحنى الارتفاع الحقيقي للدخل؛ في حين يأتي معظم الباقي البالغ (٩٠) بالمائة من الانتقال من المنحنيات الأدنى إلى الأعلى بين المنحنيات المبينة في الشكل (٣ – ١).

ومن المثير للاهتمام في هذا السياق أنه في حين أن منحنيات المقطع العرضي الآخذة بالانبساط تبين عائدات صحية متضائلة للزيادات في الدخل في أية نقطة زمنية معينة؛ فإن التغيرات مع مرور الزمن توحي أن المستويات المعطاة للدخل الحقيقي ترتبط بمستويات من العائدات المحسِّنة للصحة ترتفع باستمرار. وعملياً تترافق العائدات الصحية المتضائلة للدخل في أية نقطة زمنية مع عائدات متزايدة بمرور الزمن.

ماذا يعني هذا كله؟ يبدو كأننا أزلنا إلى حد كبير ما تبقى من تفسير ماكيون لانخفاض معدلات الوفاة على أساس ارتفاع الدخول في الدول المتقدمة خلال العقود الأخيرة، ولكن حتى الآن ليس لدينا ما يحل محله. وعلى التفسير الذي نبحث عنه أن يقوم بوظيفة عنصر متكيف مع الدخل، أي عنصر يفسر السبب في أن نفس إجمالي الدخل القومي للفرد يرتبط مع مرور الزمن بمستويات من متوسط العمر المتوقع عند الولادة تزداد علواً باستمرار؛ مما يجعلنا ننتقل إلى منحنيات في الشكل (٣ – ١) كل منها أعلى من سابقه.

ولا يعلم أحد ما هو ذلك العنصر المتكيف مع الدخل. إن أحد الاحتمالات، وهو احتمال غير واضح تماماً، هو ببساطة أن مقاييس النمو الاقتصادى خاطئة. واحتمال آخر هو حدوث تغيرات هامة فى الثقافة النفسية - الاجتماعية للمجتمعات الحديثة تفيد الصحة وتواكب النمو الاقتصادى دون أن تكون على ارتباط وثيق به. وسنعود إلى هذا الاحتمال الثانى فى الفصل الحادى عشر بعد أن نبحث (فى الفصلين التاسع والعاشر) الطرق التى تؤثر بها العمليات النفسية - الاجتماعية فى الصحة. أما الاحتمال الأول فهو يخص فشل المؤشرات الاقتصادية فى قياس التغير النوعى.

إن مؤشرات النمو الاقتصادى والزيادات فى الدخل الحقيقى كانت ستؤدى عملها على أفضل وجه لو كنا ببساطة نزداد ثراء بالحصول على قدر أكبر من الأشياء نفسها التى كانت لدى أسلافنا الفيكتوريين [فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر]. وكون التطور الاقتصادى بصورة رئيسية عملية تغير نوعى، ليس فى كل أوجه استهلاكنا فحسب، ولكن فى جميع جوانب حياتنا الأخرى أيضاً، يعنى أن هذا التطور لا يلخَّص بصورة وافية فى المؤشرات الكمية. ونجد فى لب المشكلة مؤشرات الأسعار التى تستخدم لتخفيض قيمة المقاييس النقدية للدخول أو للمنتج للتوصل إلى قيم "حقيقية"، أو مقاييس حقيقية للإنتاج للشخص، أو زيادات حقيقية فى القوة الشرائية، فهذه المؤشرات ستؤدى عملها على أفضل وجه لو أن جودة السلع كانت ثابتة، وأمكن رؤية مدى تغير أسعار كل صنف، ولنقل المعاطف والسيارات وزيوت التدفئة،... إلخ. وحقيقة أن المواد التى تصنع المعاطف منها تغيرت من الألياف الطبيعية إلى الصناعية، وأن سماكة الألياف الصناعية تبلغ الآن جزءاً من خمسين جزءًا مما كانت عليه، مما يعطى الأنسجة خصائص مختلفة تماماً، وأن بعض الأقمشة مقاومة للماء لكنها قادرة على "التنفس"، وأن الألياف الصناعية أكثر تحملاً بكثير مما يجعلها قابلة للدخول فى أقمشة مزيج من الألياف الطبيعية والصناعية، وأن الأقمشة أقل انكماشاً، وأن احتمال زوال الألوان بالغسيل قد قل، وأن السيارات أصبحت أسرع وأكثر أماناً وراحة وأقل استهلاكاً للنفط مما كانت عليه، وأن الوقود المنزلى تحول من

الفحم إلى الغاز ثم الكهرباء، وأن الغاز يحرق فى سخانات تدفئة مركزية أعلى كفاءة بكثير مما يجعل مستوى معيناً من استهلاك الوقود يولد قدراً أكبر من الحرارة - كل هذه التغيرات تجعل من شبه المستحيل على مؤشرات الأسعار أن تقارن الشىء بمثيله.

وفى مجالات مثل الحاسوب التى تتحسن الجودة فيها على أسرع نطاق، توحى الحسابات المعدلة حسب النوعية أن أسعار الحاسوب انخفضت ومازالت تنخفض بمعدل سنوى قدره (٢٥) بالمائة. لكن التعقيد الذى تنطوى عليه محاولة إعطاء تقديرات مناسبة لمستوى التحسن فى النوعية لكل صنف من البضائع فى مؤشر للأسعار تعنى أن مؤشرات الأسعار ليست معدلة بشكل وافٍ حسب التغيرات فى النوعية. ومن الناحية العملية يتم تجاهل تحسينات كثيرة فى النوعية يجب موازنتها مع ارتفاع الأسعار. والنتيجة هى أن ما يقال عن التضخم مبالغ فيه ومؤشرات الانتاج أو الدخول الحقيقية مخفَّضة بنسبة أعلى مما ينبغى. وهكذا فإن المؤشرات الاقتصادية تعطى الانطباع بأن الزيادات فى مستويات المعيشة أقل مما هى عليه بالفعل.

ورغم وجود بعض المحاولات لتعديل الأرقام حسب النوعية استنتج سيجال Siegal أن مؤشرات أسعار المنتجين تغفل نحو (٤٠) بالمائة من التغيرات فى نوعية البضائع والخدمات. وهذه الحقيقة التى لا يعرفها الكثيرون أقل إثارة للجدل مما قد يتخيل المرء (سيجال ١٩٩٤). ويستشهد سيجل أيضاً ببحث للمجلس القومى للبحوث الاقتصادية، يقول: "لو أجرى استفتاء بين علماء الاقتصاد والإحصاء المحترفين فالأرجح أنهم بأغلبية واسعة سيعتبرون فشل مؤشرات الأسعار فى أن تدخل التغيرات النوعية فى الاعتبار بصورة كاملة هو أكبر عيب فى تلك المؤشرات" (المصدر نفسه، ص ٣٠). وقد قدر نوردهاوس Nordhaus التغييرات المعدلة حسب النوعية فى سعر الإضاءة لكل ساعة لومن[١] منذ بداية القرن التاسع عشر (نوردهاوس ١٩٩٤). واستنتج أن مؤشرات الأسعار التقليدية ستظهر زيادة (١٨٠) بالمائة فى سعر الإضاءة فى مقابل الانخفاض البالغ (٨٠٠) بالمائة الذى توحى حساباته بأنه ما حدث بالفعل.

(١) اللومن Lumen وحدة لقياس الضوء (المترجم).

والنتيجة ليست أن لدينا فكرة خاطئة عن التضخم فحسب، بل إن كل سلسلة من الأرقام يخفضها مؤشر للأسعار خاطئة. فلو أن معدل النمو بلغ (٢) بالمائة سنوياً على مدى الدورة التجارية،(٢) وجرى تخفيضه ولو بمقدار (١) بالمائة أكثر مما كان يجب أن يخفَّض، فإن مقياس النمو سيُخفِّض إلى النصف معدل النمو الفعلى الحقيقى بعد تعديله حسب النوعية. ومع اعتراف نوردهاوس أن تأثير التغير الفنى فى حقول كثيرة كان أقل جذرية بكثير من تأثيره فى مجال الإضاءة، فهو مع ذلك يعطى "تقديراً تخمينياً" بأن الزيادات فى الدخول الحقيقية كانت أكثر بعدة أضعاف مما توحى به المؤشرات التقليدية. ولذلك فمن المحتمل أن تقلل مقاييس الاتجاهات التاريخية فى مستويات المعيشة الحقيقية من قيمة التقدم الحقيقى إلى حد بالغ.

ويوحى هذا أنه قد يوجد تعليل بسيط لسبب تحول الأجزاء الصاعدة من المنحنيات فى الشكل (٣ – ١) على الأقل نحو اليسار مع مرور الزمن: فالمسافة الأفقية بين المنحنيات قد تكون التحسنات فى مستويات المعيشة الحقيقية الناتجة عن تحسنات لم تخضع للقياس فى نوعية السلع والخدمات. ويمكن تقدير المقدار الذى يمثل جزءاً مما نطلق عليه اسم "عامل تكييف الدخل" والذى يمكن أن يكون ناتجاً عن التحسنات النوعية غير الخاضعة للقياس بالنظر فيما إذا كان من الممكن للمنحنيات فى الشكل (٣ – ١) أن تندمج لو قمنا ببساطة بتحريك المنحنيات الأحدث نحو اليمين. إن من الواضح أنه يجب تحريك الجزء الأعلى من تلك المنحنيات مسافة أكبر نحو اليمين من الجزء السفلى لكى تندمج. لكن هذا أمر معقول، فكلما زاد ابتعاد دولة ما عن السلع التقليدية والطرق التقليدية؛ تزداد مساحة الحياة المادية التى تخضع للتجديد المستمر، ويزداد المقدار المحتمل الذى تتعرض فيه مستويات المعيشة فيها للتقليل من قيمتها. وبعبارة أخرى كلما ارتفع مستوى التطور؛ يزداد التجديد وتعظم التغييرات النوعية فى البضائع. وهكذا فإن الأرقام الصحيحة لإجمالى الناتج القومى للفرد تقع بالنسبة للدول الأغنى فى موقع إلى اليمين من الأرقام المبينة فى الشكل (٣ – ١) أبعد مما تقع الأرقام الخاصة بالدول الأكثر فقراً. ولا ينزع هذا إلى دمج جزء أكبر من المنحنيات

(٢)الدورة التجارية Business Crycle هى التناوب المعتاد بين فترات الرخاء وفترات الركود فى التجارة والصناعة (المترجم).

فحسب، بل إنه سيزيد من انبساط الجزء شبه الأفقي من المنحنيات وجعله أكثر قرباً لأن يكون أفقياً حقاً.

ولو أن ما حدث هو مجرد تقليل قيمة الزيادات في إجمالي الناتج القومي للفرد لكان يمكن الاعتقاد أن ذلك لا يحجب علاقة إحصائية بين الصحة وإجمالي الناتج القومي للفرد؛ فالدرجة التي تستفيد المجتمعات بها من التغيرات النوعية في المنتج ستكون دالة دائمة على معدلات نموها. ولو كان الأمر كذلك لأدى النمو المقلل من شأنه إلى تغيير الوحدات وليس إلى إضعاف الارتباط بين الطرفين. وسينزع إلى جعل أية زيادة في الدخل تبدو أكثر تأثيراً في الصحة. وهذا يعني إذا استخدمنا التعبيرات الفنية: إنه لن يضعف معامل الارتباط وإنما سيزيد حجم معامل الانحدار. ولكن يمكن الرد على ذلك بأن انتشار البضائع الأفضل لا يعتمد ببساطة على الإنفاق الذي ينتج من ارتفاع الدخل بنسبة مئوية ضئيلة. والأقرب كثيراً إلى الحقيقة هو أنه نتيجة لبطلان استعمال البضائع القديمة واستبدالها في المتاجر بطرز وأصناف جديدة يتوجه الإنفاق بأكمله إلى سلسلة البضائع الراهنة بما فيها السلع الجديدة والسلع التي حدث تغيير في نوعيتها. وبعبارة أخرى يستفيد سكان الدول المتقدمة من التحسينات في نوعية البضائع إلى حد كبير بصورة مستقلة عن مدى الازدياد في دخلهم، وبالتالي بصورة مستقلة عن معدلات النمو الاقتصادي لديهم.

وتعطي التجربة البريطانية مثالين إيضاحيين قويين للمدى الذي يمكن للسكان فيه الاستفادة من التغير الفني بغض النظر عن معدلات النمو الاقتصادي. فعلى الرغم من النمو الاقتصادي البطيء في بريطانيا الذي أدى إلى انحدارها النسبي بالنسبة للدول الأخرى؛ فإن امتلاك أجهزة التلفاز، ثم مسجلات الفيديو، ثم مؤخراً الحاسوبات المنزلية انتشر في بريطانيا بصورة أسرع من أية دولة أخرى تقريباً بما فيها الدول الأكثر ثراءً مثل الولايات المتحدة. وليست هناك حاجة لربط انتشار التقنية الحديثة والبضائع الجديدة بمعدلات النمو الاقتصادي. والمثال الثاني هو أنه خلال الأعوام العشرة أو الخمسة عشر الماضية، رغم أن العُشر الأكثر فقراً من السكان عانى انخفاضاً في الدخول الحقيقية، وأن الخُمس الأدنى لم يحقق زيادة في متوسط دخل أفراده، فإنهم مع ذلك حققوا زيادة لا يستهان بها في امتلاكهم للبضائع

الاستهلاكية الطويلة الاستعمال مثل المجمِّدات freezers وأجهزة الهاتف والتدفئة المركزية ومسجلات الفيديو (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). ورغم أن هذه الأصناف بالذات ليست الأصناف ذات العلاقة الأكثر وضوحاً بالصحة (ونحن نعلم أنه لم يحدث على الأقل فى الثمانينيات من القرن العشرين أى تحسن فى معدلات وفيات الطبقات الأكثر فقراً فى بريطانيا (فيليمور وآخرون *Phillimore et al.* ١٩٩٤)؛ فإن الحجة فى مجملها تبين فعلاً أن هناك طرقاً لا تعكسها المؤشرات الاقتصادية يمكن أن تتحسن بها مستويات المعيشة.

وتبين هذه الاعتبارات أن التحولات فى المنحنيات فى الشكل (٣ - ١) والارتباطات الضعيفة بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة وإجمالى الناتج القومى للفرد لا ينبغى أن تعتبر بالضرورة برهاناً على أن التحسنات فى الوفيات ليست نتيجة النمو الاقتصادى كما هو مفهوم بصورة صحيحة. ومن المؤكد أنه يصعب التفكير فى تعليل للارتفاع فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة لا يقوم النمو الاقتصادى بطريقة ما بالحفاظ عليه أو تمكينه من الحدوث أو دعمه. وتبدو الأدلة غير وافية لرفض أية صلة ولو كانت بعيدة بين تحسن مستويات المعيشة وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

وبالنسبة للدول الواقعة على الجزء الأفقى من منحنيات الشكل (٣ - ١) (الذى يصبح أكثر انبساطاً فى ضوء تعديلات النوعية بطريقة غير وافية)؛ فإن عبء تفسير تحرك منحنى متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى الأعلى يقع على التحسينات النوعية فى مستويات المعيشة التى تحدث بمرور الزمن. وإذا طُلب من المرء أن يقترح طرقاً يمكن للتغير النوعى أن يحسن الصحة بها فيمكن له أن يشير إلى التدفئة المركزية الأكثر نظافة التى تتجنب مشكلات تلوث الهواء الداخلى ومخاطر الحريق المرتبطة بالنار المكشوفة، وإلى المجمِّدات التى تتيح للناس أن يتناولوا أطعمة أقل تلوثاً بالجراثيم، وإلى حشد كامل من التطورات (بما فيها الغسالات والغلايات الكهربائية والحفائض ذات الاستعمال الواحد) التى لم تجعل العناية بالرضع والأطفال أكثر سهولة فحسب، بل أكثر نظافة وأمناً، وإلى النفط الخالى من الرصاص الذى يقلل من التلوث البيئى، وإلى الازدياد فى أمان السيارات الذى قلل من الوفيات على

الطرقات رغم الازدياد فى امتلاك السيارات، وتأمين الهواتف على نطاق أوسع مما يمكن العائلات والأصدقاء من التغلب على جزء من التغرب الاجتماعى الناجم عن الابتعاد الجغرافى (الذى له صلة بالتأثير القوى للدعم الاجتماعى على الصحة).

والكثير من هذه التغييرات تجرف العالم المتقدم فى الوقت نفسه تقريباً. وبالنسبة لمعدل انتشار التغيرات الفنية فى نوعية البضائع، لا توجد سوى فوارق طفيفة نسبياً بين دول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية، التى تشترى وتبيع فى السوق العالمى نفسها. وبمعنى من المعانى ينطوى الجزء المستوى من منحنى متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع إجمالى الدخل القومى للفرد على أن مستويات المعيشة، على الأقل فيما يتعلق بالصحة، لا تختلف سوى اختلاف قليل بين تلك الدول عند أية نقطة زمنية رغم الفوارق المقاسة فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد. وبين الدول المتقدمة يبدو أن اختلافاً قدره عشر سنوات أو عشرين فى الجودة المادية للحياة أكثر أهمية من الاختلافات التى يفترض أنها كبيرة، فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد فى الفترة نفسها.

لكن النقطة الأكثر عمومية التى تنتج عن هذا هى التمييز بين النمو كما يقاس حالياً وثمار التغير والابتكار الفنيين على نطاق العالم بأسره التى يمكن لجميع الدول المتقدمة الاستمتاع بها، وذلك بصورة مستقلة إلى حد كبير عن الفوارق فى معدلات نموها المقاسة. ففى الأساس يمكن أن نحقق تحسينات فى مستوى المعيشة الحقيقى حتى فى غياب الأدلة الإحصائية على النمو الاقتصادى. إذ بدلاً من الحصول على المزيد نحصل على الأفضل، ولأن الابتكار يعنى قدراً من الاختلاف فى طرق الإنتاج يساوى ما يعنيه من اختلاف فى البضائع المنتجة؛ فإننا فى العادة نحصل على شىء أفضل بالسعر نفسه تقريباً الذى كنا ندفعه فى السلعة المستبدلة. وإذا كانت هذه الصورة صحيحة؛ فإنها تؤكد اقتراح أن الصحة قد تكون دليلاً على الاتجاهات فى مستوى المعيشة الحقيقى أفضل من الدليل الذى توفره المؤشرات الاقتصادية المتنوعة.

إن احتمال أن تأتى الفوائد الرئيسية للنمو من خلال تحسينات نوعية لا كمية فى مستويات المعيشة، واحتمال أن تستفيد المجموعات السكانية منها بصورة واسعة بغض

النظر عن معدلات النمو الكمى - يعطيان منظوراً مهماً بصورة جوهرية للعملية التى يرتفع مستوى المعيشة بها. وهذا أمر مهم بصورة خاصة فيما يتصل بالحجج التى تعرضها الحركة البيئية عن الحاجة إلى معدلات "نمو منعدم". ولو كان من الممكن تطوير مؤشرات أسعار معدلة حسب النوعية بصورة كاملة؛ فإن التحسينات فى النوعية ستظهر فى صورة نمو. ولكن من الضرورى إدراك أنه من الممكن الاستمتاع بالجزء الأكبر (قد يبلغ ٩٠ بالمائة إذا اعتمدنا الارتباطات مع متوسط العمر المتوقع عند الولادة) من فوائد ذلك النمو دون أن تحدث بالضرورة زيادة فى استخدام الموارد أو فى التلوث. والمعنى المتضمن فى ذلك هو أن علينا أن نميز بين التحسينات النوعية فى مستويات المعيشة والنمو الكمى، على الأقل فيما يتعلق بالتأثير البيئى.

لقد ركزنا حتى الآن على تفسير نمط التغيرات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع مرور الزمن فى الشكل (٣ - ١). ولنلق الآن نظرة أكثر تمعناً على الشكل المتغير للعلاقة بين إجمالى الإنتاج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة فى فترة محددة من الزمن. ما هو التفسير الذى يمكن إعطاؤه لتقوسه: لمَ يرتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى الدول الأفقر بسرعة مع زيادات إجمالى الناتج القومى للفرد فى حين تأخذ العلاقة فى الدول الأغنى فى الانبساط وتأتى الزيادات الإضافية فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد بتحسن ضئيل أو لا تأتى بأى تحسن فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة؟ لقد رأينا أن التقوس يمكن أن يفسر جزئياً على أنه علاقة بين زيادات محددة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة وزيادات متناسبة فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد - أى بصورة علاقة لوغاريتمية خطية. (أقول "جزئياً" لأن الزيادات هى نوعاً ما أقل من لوغاريتمية خطية فى الدول المتقدمة.) ولكن يجب أن نبقى فى أذهاننا أنه إذا كان التقليل من قيمة الزيادات فى مستوى المعيشة جوهرياً، وخاصة المستويات الأعلى من التطور؛ فإن تقوس العلاقة مع متوسط العمر المتوقع عند الولادة كان سيزداد، أى أن المسافات بين الدول الموجودة على الجزء الأفقى من المنحنى كانت ستتباعد أكثر باتجاه اليمين.

ولكن الأمر ينطوى على أكثر من احتمال أن تحسن الصحة فى العالم المتقدم يتطلب زيادات فى الدخل أكبر بكثير مما يتطلبه فى الدول الأكثر فقراً. فحين تدور الدول حول زاوية المنحنى الذى يربط بين الصحة والدخل، فإنها تقوم أيضاً بما يدعى "التحول الوبائى". ويستخدم هذا المصطلح للدلالة على التغير من أسباب الموت التى تطغى فيها الأسباب السارية التى ما زالت شائعة فى الدول الفقيرة إلى الأمراض التنكسية التى أصبحت السبب الرئيسى للموت فى الدول الأغنى. وجميع الدول المتقدمة الغنية على الجزء الأفقى من المنحنى تعرضت لهذا التحول فى أسباب الوفاة فى وقت مبكر من القرن العشرين. وأسباب الموت فيها تطغى عليها الأمراض القلبية الوعائية والسرطانية وليس الأمراض السارية، على العكس من الدول الأكثر فقراً فى الجزء الصاعد بصورة حادة فى الطرف الأيسر من المنحنى.

ويبدو أن التحول الوبائى يمثل نقطة تحول تاريخية أكثر جوهرية مما يدركه الناس عادة. فبالإضافة إلى انحسار الأمراض السارية، يعكس ذلك الانتقال تغيراً فى التوزع الاجتماعى لعدد من الظروف الهامة. فخلال التحول الوبائى أصبحت الأمراض التى تدعى "أمراض الرفاهية" أمراض الفقراء فى المجتمعات التى تتمتع بالرفاهية. وأشهر أمثلة ذلك مرض القلب الإكليلى الذى كان ينظر إليه فى النصف الأول من القرن العشرين على أنه من أمراض رجال الأعمال، لكنه غير توزعه الاجتماعى ليصبح أكثر شيوعاً فى الطبقات الاجتماعية الأدنى. كما عكست عدة أمراض أخرى، بما فيها السكتة وفرط ضغط الدم والقرحات العفجية والتهاب الكلوة والكُلاء والانتحار، توزعها الاجتماعى لتصبح أكثر شيوعاً بين الأشخاص الأقل ثراء (كوسكينن Koskinen ١٩٨٨).

ولكن أكثر الأمور دلالة هو أن السمنة أيضاً غيرت توزعها الاجتماعى لتصبح أكثر شيوعاً بين الأشخاص الأقل ثراء، وهذا له أهمية هائلة، فعبر التاريخ البشرى وحتى تلك النقطة كان الأثرياء سماناً والفقراء نحافاً. وقد بلغ ذلك درجة أن السمنة فى مجتمعات كثيرة كانت رمزاً للمكانة وذات جاذبية.

وفى بعض المجتمعات قبل الصناعية كانت زوجات الرجال المهمين يُعطين أنظمة غذائية تزيد من السمنة. وكان اتساع مقاس محيط الخصر علامة تميز الأشخاص بأنهم ينتمون إلى الجزء من المجتمع الذى لا يعانى أى نقص فى ضروريات الحياة الأساسية. ويشير التغير فى التوزع الاجتماعى للسمنة إلى مرحلة فى التطور الاقتصادى أصبحت فيها الضروريات الأساسية فى متناول الغالبية العظمى من السكان بصورة ثابتة. فمع ارتفاع مستويات الدخل؛ أصبح تناول السكر وغيره من الأغذية المكررة أكثر شيوعاً بين طبقة عمال الياقة الزرقاء وعائلاتهم منه بين الأغنياء. (وكجزء من العملية نفسها هبط التدخين أيضاً درجات من السلم الاجتماعى ولم يعد أكثر شيوعاً بين الطبقات الأعلى من المجتمع.) وحين اكتسب بعض الأفراد الأقل ثراء السمنة (بالرغم من بقائهم أقصر قليلاً من الأغنياء)، لم تعد السمنة دليلاً على التميز الاجتماعى؛ فقد تغيرت الأحاسيس الجمالية، ولأول مرة فى التاريخ أصبحت النحافة مرغوبة أكثر من السمنة. وقد بدأت صناعة الأزياء بقيادة كوكو شانيل Coco Chanel فى التركيز على النحافة فى النصف الأول من القرن العشرين.

وفيما يتعلق بعمليات التمييز الاجتماعى، التى بيّن بورديو Bourdieu أنها أثرت تأثيراً بالغاً على الكثير من أحكامنا الجمالية، فمن المثير للاهتمام ملاحظة أنه فى الوقت الذى أصبحت النحافة فيه مرغوبة اجتماعياً بعد أن توقف جوع الفقراء، كذلك بدأ اسمرار البشرة من التعرض للشمس يصبح مرغوباً، حين أصبحت الطبقات العاملة أكثر بياضاً بسبب العمل ساعات طويلة داخل المصانع (بورديو ١٩٨٤). وفيما سبق حين كان الفقراء عمالاً زراعيين سمراً من التعرض للشمس؛ كانت الموضة السائدة هى المحافظة على بياض لون البشرة إلى أقصى حد ممكن. والآن بعد الارتفاع الكبير فى معدلات السمنة وبعد أن أصبح الفقراء يصنفون على أنهم مدمنون لمشاهدة التلفاز، يبتعد "المثل الأعلى" باستمرار فى الاتجاه المعاكس، بل حتى رموز جمال الماضى أصبحت تبدو الآن ممتلئة الجسم.

ومن المؤشرات الأخرى الدالة على أن التحول الوبائى يشير إلى بلوغ عتبة مهمة فى مستويات المعيشة أن نسبة الأطفال الذين يبلغ وزنهم أقل من (٢٥٠٠) جرام عند الولادة

بقيت بين (٦) و (٧) بالمائة منذ الخمسينيات من القرن العشرين. وكون الارتفاع الهائل فى الدخول الحقيقية الذى تم منذ تلك الفترة لم يؤدِ إلى خفض النسبة أكثر من ذلك يوحى أنه من غير المحتمل أن يكون من الممكن عزو الجزء المتبقى من مشكلة ضآلة الوزن عند الولادة إلى مستويات المعيشة المادية المطلقة.

هناك إذن عدة عمليات هامة تشير نحو التفسير نفسه للجزء المنبسط من المنحنيات التى تربط متوسط العمر المتوقع عند الولادة بإجمالى الإنتاج القومى للفرد فى الشكل (٣ - ١). وتلخيصاً لذلك، هناك انحسار فى الأمراض السارية المرتبطة تقليدياً بالفقر، وانعكاس لدرجات ميل الطبقات الاجتماعية فى أمور كانت ترتبط تقليدياً بالأغنياء، بما فى ذلك أمراض القلب والسمنة (وبالنسبة للسمنة قد تكون هذه هى المرة الأولى فى التاريخ المدون)، وأخيراً، توقف انحسار نسبة المواليد ذوى الوزن المنخفض رغم ارتفاع مستويات المعيشة. وهذه الأمور مجتمعةً توحى بأنه قد يكون علينا أن نفسر انبساط منحنى ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع ازدياد إجمالى الإنتاج القومى للفرد على أنه وصول غالبية السكان إلى حد أدنى من مستوى المعيشة المادى الحقيقى، والذى بعد الوصول إليه لا تعود الزيادات الإضافية فى الأرزاق الشخصية تعطى مفتاحاً لزيادات إضافية فى الصحة. فبالنسبة لمعظم السكان تم التغلب على القبضة القاتلة التى كان مستوى المعيشة المطلق يمسك بها خناق الصحة. وكان من الممكن توقع مثل هذا الانتقال فى إحدى مراحل التطور الاقتصادى. ولا يجب أن يكون ظهوره مستغرباً نتيجة للارتفاع فى مستويات المعيشة السريع والمستمر بصورة لا مثيل لها والذى تعود بدايته على الأقل إلى منتصف القرن التاسع عشر. وإذا كان هذا التفسير صحيحاً، فإن له مضامين جوهرية بالنسبة لاقتصاد التطور وللتفكير فى الكيفية التى ينبغى لنا أن نتعايش بها مع المشكلات البيئية العالمية.

وبعد أن قلنا مقولتنا نحتاج الآن إلى الاعتراف بعدد من التحفظات المهمة. أولاً، حتى فى الدول المتقدمة التى مرت بهذا التحول لا يزال هناك بالطبع **نسب** صغيرة من السكان - لكنها مع ذلك تمثل أعداداً كبيرة من الأشخاص - الذين لا تتوافر لهم ضروريات أساسية،

بما فيها الطعام والمأوى والدفء. ورغم أن النسب التى تعانى ذلك أصغر من أن تحدث تأثيراً ذا أهمية فى المقاييس الإجمالية لصحة السكان، فإن أعداد هؤلاء الأشخاص أكبر مما كانت عليه، وبوسع المجتمعات المتقدمة أن تمنع مثل هذه الظروف بصورة كاملة. وكمؤشر على الكيفية التى تعيش بها نسبة ضئيلة من سكان الدول المتقدمة بحرمان مادى أساسى (وليس آثار الحرمان النسبى التى لا تقل خطورة لكنها مختلفة تماماً والتى سنبحثها فى فصول لاحقة) - يمكننا أن ننظر إلى أرقام المسح الرسمى التى تظهر ملكية البضائع الاستهلاكية الطويلة العمر بين نسبة الـ (٢٠) فى المائة الأكثر فقراً من بين سكان بريطانيا (التى هى الآن من أفقر دول الاتحاد الأوروبى). ولأن نسبة عدم الاستجابة للمسح الذى تستند هذه الأرقام إليه كانت عالية ومتركزة فى الطبقات الأفقر، فمن المحتمل أن هذه الأرقام تعطى صورة أكثر إشراقاً من الواقع عن الفقر الحديث، لكنها مع ذلك توفر دليلاً تقريبياً. فى العام ١٩٩٠/١٩٩١م كان (٩٨) بالمائة من بين أفقر (٢٠) بالمائة من السكان يعيشون فى منازل فيها جهاز تلفاز، و (٨٤) بالمائة لديهم غسالات، و (٥٧) بالمائة لديهم مجِّمدات (بغض النظر عما إذا كان المجِّمد جزءاً من الثلاجة أو منفصلاً عنها)، و (٩٧) بالمائة لديهم ثلاجات، و (٧٢) بالمائة لديهم أجهزة هاتف، و (٧٢) بالمائة لديهم أنظمة تدفئة مركزية، و (٥٩) بالمائة لديهم أجهزة فيديو، و (٤٧) بالمائة يعيشون ضمن أسر لديها سيارة (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). وفى حين أنه من الطبيعى أن تكون نوعية هذه البضائع عادة أدنى بكثير مما يوجد فى البيوت الأفضل حالاً، فلا يوجد شك كبير فى أن مستويات الاستهلاك حتى بين الفقراء هى أعلى بصورة ملحوظة مما يلاحظه الكثيرون حين يتحدثون عن الفقر الحديث. ونحن سنتخذ من هذا خلفية ونحن ننتقل فى الفصل التالى إلى الفوارق الكبيرة جداً فى معدلات الوفيات ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة التى ما زالت مستمرة بين الأغنياء والفقراء فى معظم الدول المتقدمة اليوم. ومعرفة مستويات الاستهلاك الحالية مهم أيضاً حين نأتى لمناقشة تأثيرات المستويات النسبية والمطلقة فى الفصل الخامس.

ورغم أهمية هذه التحفظات، لا ينبغى لأى منها أن يمنعنا من إدراك المغزى الكبير بالنسبة للصحة فى تحقيق حدود دنيا أساسية من المستويات للأغلبية الكبرى من السكان. وبالإضافة إلى الاستهلاك الخاص، ينبغى ألا ننسى الدور فى هذه التغيرات الذى تلعبه التحسنات فى المستويات فى مجالات أخرى من الحياة: فى التقليل من تلوث الهواء والماء وفى تنظيم ظروف العمل والسلامة وتفقدها. إن التغيرات الصحية التى تميز التحول الوبائى تمثل شهادة على أهمية التقدم فى مستويات المعيشة المادية على جبهة عريضة.

لقد طور هذا الفصل فرضيتين رئيسيتين لتفسير النمط الدولى للزيادات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة المبينة فى الشكل (٣ – ١). أولاً إن تتالى المنحنيات الجديدة والأعلى قد يكون نتاجاً مصطنعاً للفشل فى قياس مدى التحسنات النوعية فى مستوى المعيشة. فمؤشرات الأسعار التى لا تخضع لتعديل كافٍ يعكس التحسنات فى نوعية البضائع تعنى أنه لا توجد لدينا سوى فكرة ضئيلةً جداً عن مدى الزيادات الحقيقية فى مستويات المعيشة وهى تتغير مع مرور الزمن. ولكن العمل على جوانب القصور فى مؤشرات الأسعار يوضح أن هناك تقليلاً لا يستهان به من شأن التحسنات فى مستويات المعيشة. وهذا يعنى وجود احتمال كبير فى أن يدمج استخدام مقاييس صحيحة الجزء الصاعد من مجموعة المنحنيات فى نقاط زمنية مختلفة لتصبح منحنى واحداً. ومن المعانى الضمنية المهمة أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة هو بشكل شبه مؤكد دليل على مستويات المعيشة أفضل من المقاييس الحالية للتغيرات التى تحدث بمرور الزمن فى الدخول الحقيقية وفى إجمالى الإنتاج القومى للفرد. ثانياً، يبدو من المحتمل أن تقوس العلاقة عند كل نقطة زمنية يعكس عائدات للزيادات فى الدخل تتضاءل بشكل حاد مع مرور الدول عبر التحول الوبائى. ويجب توقع أنه فى مسيرة النمو الاقتصادى سيتم الوصول إلى مرحلة لا تعود بعدها التحسنات فى صحة السكان أمراً تقرره بصورة رئيسية الزيادات البسيطة فى توفير الضروريات الأساسية. فالتغيرات فى كل الأسباب الرئيسية للوفاة والتوزع الاجتماعى لعدد من الظروف ذات الدلالة يوفر دليلاً يوحى بقوة أن التحول الوبائى يعكس تلك المرحلة. ولهذا انعكاسات ضمنية مهمة

على فهمنا لفوائد النمو الاقتصادى. فليس من المحتمل أن قيمة النمو الاقتصادى تنحسر بعد التحول الوبائى فحسب، بل قد يكون من الصحيح أيضاً أن أكثر الفوائد أهمية بعد ذلك تأتى من التحسنات النوعية فى المستويات وليس من الزيادات فى الكمية المطلقة التى يتم إنتاجها. ويبدو أن التحول الوبائى يحتوى على رسالة اجتماعية مهمة.

ومن أجل اكتشاف ما إذا كانت توجد طرق يمكن فيها الربط بين الأنماط المتغيرة فى صحة السكان والتقدم فى مستويات المعيشة المادية؛ اضطررنا إلى تحدى عدد من المفاهيم المقبولة على نطاق واسع حول طبيعة النمو الاقتصادى ومقاييسه. وعلى الرغم من الصعوبات فى فهم الطريقة التى يمكن بها بصورة معقولة ربط صورة الفوارق العالمية فى الصحة والتحسنات التى تحدث مع مرور الزمن بالنمو الاقتصادى، فإن من الأكثر صعوبة فهم الطريقة التى يمكن بها **ألا** ترتبط به. فمتوسط العمر المتوقع عند الولادة ليس أعلى فى الدول المتقدمة فحسب، بل إن توقيت تحسنه التاريخى ضمن كل دولة يقترن بصورة واضحة بالنمو الاقتصادى. وبسبب الطبيعة الشمولية للنمو الاقتصادى (ما هو الشىء الذى لا يرتبط به؟) من الصعب التفكير فى تفسيرات معقولة لا تعتمد بصورة ما على عمليات النمو. وحتى عوامل مثل المعايير التربوية ومستويات الرعاية الطبية ترتبط بالنمو ارتباطاً وثيقاً. ومن المؤكد أنه داخل كل دولة يميل الإنفاق على الرعاية الطبية إلى الارتفاع كنسبة تكاد تكون ثابتة من إجمالى الإنتاج القومى للفرد، رغم أنه يجب قول إن عدم توافر أى تفسير ولو كان مجرد إيحاء عن وجود علاقة عالمية بين الإنفاق على الرعاية الطبية ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة هو سبب آخر للاعتقاد أن الرعاية الطبية ليست محددة مهمة من محددات متوسط العمر المتوقع عند الولادة. ومن الصعب ترشيح أية تفسيرات للتحسنات العامة المستمرة فى صحة السكان لا يكون النمو الاقتصادى بطريقة أو بأخرى هو الذى جعلها ممكنة أو مكنها من الاستمرار. ولأن المرء يتوقع مساهمة عشرات - بل الأرجح مئات - من العوامل؛ يبدو من المحتمل أن يرتبط التقدم من حيث المعدل بعملية النمو. ومن حيث إن الدخل هو ملخص جيد لتوسع إمكانية الحصول على كل شىء يمكن للنقود شراؤه، كان من المحتمل للمرء أن يعتقد أن الصحة وإجمالى الإنتاج القومى للفرد سيقتربان فى سيرهما أحدهما

من الآخر. ومع ذلك فما تُرك لنا هو النمط المحير المبين فى الشكل (٣ - ١) الذى كنا نحاول تفسيره. ومن هنا ظهرت الحاجة إلى رؤية ما إذا كانت هناك أية طريقة يمكن بها توسيع فهمنا للنمو الاقتصادى ليصبح ملائماً. وتطرح النتائج بعض الاحتمالات المثيرة للاهتمام لكن هناك مكونات أبعد بكثير من أن تثير اهتماماً كبيراً. وهناك صعوبة خاصة فى مسألة جمع الجزء الأفقى لكل من منحنيات المقطع العرضى، حيث الفوارق بين الدول المتقدمة فى أية نقطة من الزمن ليس لها بالنسبة للصحة سوى مغزى بسيط إن وجد، مع الدليل على أن التغير النوعى الذى يحدث فى تلك الدول مع مرور الزمن له مغزى كبير. وقبول كلا الأمرين ينطوى على الاعتقاد بأن الفوارق بين الدول المتقدمة فى مستويات تقديم البضائع والخدمات المتوافرة فى أية نقطة زمنية لا يهم كثيراً، وإنما التغير النوعى فى هذه البضائع والخدمات (بما فيها المعرفة) مع مرور الزمن له أهمية كبيرة. ولكن، وبصورة خاصة فى ضوء التقليل المحتمل من شأن الزيادة الحقيقية فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد، لا يوجد سوى قليل من الشك فى أن الدول المتقدمة هى حقاً على جزء أفقى من المنحنى الذى يتحرك نحو الأعلى بمرور الزمن.

وإذا كان علينا أن نربط الصحة بالحياة المادية، فيواجهنا اقتراح أن الكميات الإضافية من الشىء نفسه فى فترة زمنية معينة أقل أهمية من التحسنات النوعية مع مرور الزمن. وهذا يعنى الاعتقاد ليس فقط بأن المعرفة الجديدة والتقنية الجديدة والبضائع والخدمات الجديدة ذات أهمية، بل أيضاً بأن معدل انتشارها فى دول متقدمة مختلفة لا علاقة له بالموقع الذى تحتله على سلم الثراء بين تلك الدول. وسيبدو للبعض أن هذه قصة غير معقولة، لكننا نفتقر إلى الأدلة التى يمكن أن تمضى بالحجة أبعد من ذلك. ينبغى علينا ألا ننسى حقيقة أن ما نحاول التوصل إليه هنا هو إطار لفهم أهم التغيرات التى تحدث فى الصحة على مستوى الدولة ومستوى العالم. وفى أواخر الفصل الحادى عشر سنطرح احتمال أن الصحة قد تكون أيضاً استفادت من عمليات التحرير النفسى - الاجتماعى التى يبدو أنها تمتطى صهوة النمو الاقتصادى. وهذا أحد المصادر البديلة القليلة الممكنة للتحرك نحو الأعلى الذى يتصف به منحنى متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع مرور الزمن.

الجزء الثانى

حالات عدم المساواة الصحية داخل المجتمعات

الفصل الرابع

مشكلة حالات عدم المساواة الصحية

إن مدى الفوارق الصحية ضمن المجتمعات الحديثة يثير الدهشة؛ فقد توصلت دراسة فحصت الفوارق فى الصحة فى الدوائر الانتخابية فى المنطقة الشمالية فى إنجلترا، البالغ عددها (٦٧٨) دائرة، إلى أن معدلات الوفيات كانت أعلى بمقدار أربعة أضعاف فى أفقر (١٠) بالمائة من الدوائر مما كانت عليه فى أغنى (١٠) بالمائة منها (فيليمور وآخرون Phillimore *et al.* ١٩٩٤). وفى الولايات المتحدة وجدت دراسة للصحة فى هارلم فى نيويورك أنه فى معظم الأعمار كانت نسبة الوفيات هناك أعلى مما كانت عليه فى المناطق الريفية من بنغلادش (ماكورد McCord وفريمان Freeman ١٩٩٠). وفى البرازيل حيث يزيد التفاوت فى الدخل على ما هو عليه فى أية دولة أخرى تقريباً، أظهرت إحدى الدراسات أن معدلات الوفيات بين الأطفال الرضع تفاوتت بين المناطق المختلفة من المدينة نفسها ما بين (١٢) إلى (٩٠) من كل (١٠٠٠) طفل يولد حياً.

والأرقام من هذا النوع ليست مجرد انعكاس لمستوى الفقر فى المناطق التى تكثر فيها الوفيات؛ فقد وجدت دراسة وايتهول Whitehall المجراة على (١٧٠٠٠) موظف يعملون فى الدوائر الحكومية فى لندن أن معدلات الوفيات بلغت بين أدنى موظفى المكاتب من حيث المرتبة ثلاثة أضعاف ما هى عليه بين أعلى درجات الإداريين (ديفى سميث وآخرون Davey Smith *et al.* ١٩٩٠). ولم يُستبعد من الذين أجريت الدراسة عليهم الأشخاص الأكثر فقراً العاطلين عن العمل فحسب، بل أيضاً جميع العمال اليدويين، ولكون الدراسة اقتصرت على عاملين من ذوى الياقات البيضاء؛ فإن هذه الفوارق كانت بين أشخاص يعتبرون أنفسهم من الطبقة المتوسطة ويعملون معاً فى الدوائر نفسها.

وقد بينت دراسات كثيرة أن الفوارق الصحية ليست مقصورة على فوارق بين الفقراء وبقية المجتمع، وإنما تسرى فى المجتمع كله بحيث إن الصحة فى كل مستوى فى السلم

الهرمى الاجتماعى أسوأ مما هى فى المستوى الأعلى منه. وقد أتاحت بيانات مأخوذة من اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة فى الولايات المتحدة إدخال أكثر من (٣٠٠٠٠٠) رجل فى اثنتى عشرة فئة مصنفةً حسب الدخل على أساس الدخل الوسطى للعائلة فى منطقة الرمز البريدى التى يعيشون فيها. وأظهرت وجود علاقة وثيقة بين الدخول ومعدلات الوفيات عبر جميع الفئات إلى حد أنه لم يكن هناك فرق فى ترتيب إحدى عشرة فئة من الاثنتى عشرة إذا كان الترتيب حسب تزايد الدخل أو حسب تضاؤل معدلات الوفيات (ديفى سميث وآخرون ١٩٩٠). وقد مر تدرج الوفيات عبر سلسلة الدخول بأكملها من الأكثر فقراً إلى الأكثر ثراء (انظر الشكل ٥ – ١ فى الفصل التالى).

وأياً ما كانت الصعوبات التى واجهناها فى الفصل الماضى فى فهم العلاقة بين الصحة ومستويات المعيشة المادية عالمياً، فهناك على الأقل ترتيب واضح لمعدلات الوفيات وفق المركز الاقتصادى – الاجتماعى ضمن الدول. وعلى الرغم من أن الأبحاث الخاصة بهذه الفوارق الصحية ضمن الدول أجريت بهدف اقتصر بصورة شبه كاملة على توفير مزيد من المعلومات لنا عن الصحة ومحدداتها؛ فإن نتائجها قد تكون أكثر أهمية بسبب ما توفره لنا من معرفة بالمجتمع. وتبدو حقيقة أن معدلات وفيات الأشخاص فى الطبقات الدنيا من السلم الاجتماعى تبلغ فى جميع الدول المتقدمة تقريباً ما بين ضعفى معدلاتها فى الطبقات الأقرب إلى القمة وأربعة أضعاف – أنها تعطينا رسالة ليس فيها قدر كبير من المحاباة عن طبيعة المجتمع الحديث. ولكن كى نفهم الرسالة بوضوح يجب أن تتوافر لنا معرفة أوسع عن سبب العلاقة الوثيقة بهذا الشكل بين المركز الاجتماعى والصحة. وتوفر الأبحاث رؤى جديدة عن الكيفية التى تعتدى البنية الاجتماعية بها على حقوقنا. كما أن الرؤى لا تقتصر على موضوعات تتعلق بكيفية تأثير البيئة الطبيعية بالصحة. فهناك إيحاء متزايد بأن بعض أهم أجزاء هذه العلاقة تتعلق بالسبل النفسية – الاجتماعية، فهى تنبئنا بالآثار الشخصية النفسية والعاطفية للجوانب الموضوعية من البنية الاجتماعية. وفى هذا الصدد يمكن للصحة أن تخبرنا عن التأثير الذى يمارسه التنظيم الاجتماعى للحياة المادية على النزعة الذاتية

لدى الإنسان؛ فبالنفوذ إلى الطرق التى تمارس البنية الاجتماعية علينا بها سلطة الحياة والموت، تكشف الأبحاث الصحية بعض الروابط الأساسية جداً بين الفرد والبنية الاجتماعية. وبيانات الوفيات "التى لا يمكن إنكارها" وقوة التأثيرات التى نحاول فهمها تسهل إلى حد ما اختراق بعض السرابات الاجتماعية التى تحول عادة دون فهمنا للبنية الاجتماعية التى نعيش فيها. ففى حين تنجرف المجتمعات بسرعة متزايدة بفعل متطلبات روح التنافس الاقتصادى العالمية وتطور التقنية الإلكترونية ونمو مؤسسات اجتماعية على جميع المستويات تصبح الحاجة ملحة إلحاحاً متزايداً لاكتساب شىء من الفهم للقوى الاجتماعية والاقتصادية المتباينة ذات العلاقة.

ولكن قبل المضى أبعد من ذلك من الضرورى تلخيص عدد من القضايا الأساسية التى تشكل خلفية للموضوع. وسنبدأ ببعض المسائل المتعلقة بمقاييس الصحة ومعدلات الوفيات وصور عدم المساواة الصحية. وسنمضى بعد ذلك إلى مناقشات شديدة الإيجاز لأسباب عدم إمكانية عزو صور عدم المساواة الصحية إلى التحرك الاجتماعى أو إلى عوامل الوراثة أو إلى إهمال النصائح الخاصة بالمعيشة بصورة صحية أو إلى الفوارق فى الرعاية الطبية. فنحن بحاجة لإزاحة هذه المواضيع من الطريق قبل أن نتمكن من العودة فى الفصول التالية إلى المواضيع الجوهرية المتعلقة بفهم كيفية تأثير العمليات الاجتماعية والاقتصادية بالصحة.

معدلات الوفاة ومقاييس الصحة:

كثيراً ما تستخدم معدلات الوفيات – وربما كان ذلك بصورة فيها تناقض ظاهرى – كمقاييس للصحة بسبب عدم وجود مقاييس جيدة للصحة والمرض. فالمشكلة بالنسبة للمرض هى عدم معرفة كيفية حساب الأشياء المختلفة: هل علينا أن نجمع حالات مرض قدم الرياضى مع حالات التهاب المفاصل والصداع والتهاب القصبات المزمن وحمى الكلأ والقرحات؟ وإذا كان الأمر كذلك فما هو مدى الخطورة التى يجب أن تكون الحالة عليها لكى تدخل فى الحساب؟ وإذا استخدمنا الألم أو الإعاقة كقاسم مشترك، فما مقدار الألم أو الإعاقة ومن

يقوم بتقديره وما مدى تواتر التقدير؟ بسبب هذه المشكلات التى من الصعب جداً التغلب عليها؛ فإن البيانات الجيدة الوحيدة عن المرض المعرَّف بصورة موضوعية - وهذا يعنى بالطبع أن الأطباء يعرفونه - تأتى من سجلات السرطان، التى تورد فى الدول التى توجد فيها تلك السجلات جميع الإصابات الجديدة بالسرطان المحولة إلى المستشفيات. وعلى الرغم من أن من المفروض أن يسجل الأطباء الأمراض المعدية المختلفة؛ فإن السجلات ناقصة بشكل يجعلها عاجزة عن إبلاغنا أى شىء عن الإصابة بتلك الأمراض أو انتشارها، باستثناء أنها رغم عدم اكتمالها تشير إلى الاتجاهات التى تطرأ مع قدوم الأوبئة وانتهائها.

وأحد المداخل الأخرى لقياس المرض هو إهمال التشخيص الرسمى والطلب من الناس أن يقوموا هم بإعطاء ملخص عن حالتهم الصحية العامة. وهناك مقدار جيد من الأبحاث التى تستخدم مقاييس "التقدير الشخصى للصحة." ويمكن لك إما أن تسأل الأشخاص سؤالاً بسيطاً مثل" هل كانت صحتك فى الأسبوعين الأخيرين جيدة أم مقبولة أم ضعيفة؟" أو يمكنك أن توجه لهم قائمة من الأسئلة حول أعراض محددة، ثم تعطى درجات للأجوبة لكى تتوصل إلى درجة عامة للصحة. وفى حين أن لهذه المقاييس استخدامات مهمة، كثيراً ما يكون من الصعب معرفة ما تعنيه بالضبط. ومعدلات الوفيات تتميز على الأقل بأنها مقياس محدد بشكل قاطع ودقيق وموضوعى بدرجة معقولة. وعلى الرغم من أن معرفة ما إذا كان أحد الأشخاص ميتاً أو حياً ليس مقياساً حساساً للصحة، فإن الفوارق فى معدلات الوفيات المحددة بالأعمار والجنس والأسباب بين مجموعة سكانية أو اجتماعية وأخرى يعطينا قدراً من المعلومات أكثر بكثير. ومن المرجح أن تكون الفوارق فى معدلات الوفيات مؤشرات جيدة على الفوارق فى الأمراض، ومعدلات الوفيات من أسباب مختلفة مثل مرض القلب والتهاب القصبات والسرطان والانتحار تعطى مؤشراً إلى حد ما عن مدى وجود تلك الأمراض فى مجتمع ما. ونقطة الضعف فيها أنها لا تخبرنا أى شىء عن مدى انتشار العلل والأمراض اليومية مثل التهاب المفاصل التى لا تهدد الحياة عادة. ولكن مع ذلك فهى تبين وجود علاقة وثيقة تماماً بين فوارق السكان فى معدلات الوفيات والفوارق فى

المقاييس المختلفة للأمراض المأخوذة من الأشخاص أنفسهم، ويشمل ذلك التوعكات الثانوية من يوم لآخر (آربر Arber ١٩٨٧). ويوحى هذا أن الصحة رغم كونها مفهوماً غير متبلور فإنها تتمتع بشيء من الترابط المنطقى عبر سلسلة واسعة من الأمراض والظروف، وأن الفوارق قابلة للقياس.

وتعطى معدلات الوفيات عدد الوفيات التى تحدث كل عام بين كل (١٠٠٠) أو (١٠٠٠٠) نسمة من السكان. ولأنها تزداد ازدياداً كبيراً مع التقدم فى السن؛ فإنها عادة تحسب لمجموعات معينة من الأعمار - على سبيل المثال (١٥) بين كل (١٠٠٠) امرأة فى العقد السادس من العمر. وكبديل لذلك يمكن مقارنة معدلات الوفيات عبر سلسلة الأعمار الكاملة لدى مجموعات سكانية مختلفة بعد استبعاد تأثير الفوارق فى تركيب أعمار السكان. وتكون هذه معدلات وفيات قياسية للسن. وما لم تلحظ التركيب السنى للمجموعة السكانية؛ فإن الأماكن التى فيها عدد أكبر من المسنين تبدو أقل صحة من الأماكن التى تحوى عدداً أكبر من الأشخاص الأصغر سناً. وأحياناً لتسهيل المقارنة بين المجموعات تستخدم "نسب وفيات موحَّدة القياس". وهى تتيح مقارنة معدلات الوفيات لجميع الأعمار بين المجموعات السكانية بعد إزالة الفوارق بين التركيب السنى لكل منها. (ويتم حساب ذلك بأخذ معدلات الوفيات لأعمار محددة من مجموعة السكان المقارنة، وتطبيقها على عدد الأشخاص فى كل مجموعة سنية فى المجموعة السكانية المرجعية، وبيان العدد الإجمالى للوفيات الذى سينتجه ذلك فى جميع المجموعات السنية كنسبة مئوية من العدد الذى طرأ فعلاً فى المجموعة المرجعية.) وعادة تأخذ مقاييس المرض السن بعين الاعتبار بطريقة مماثلة إلى حد كبير. وفى هذا الكتاب لن نبحث الفوارق فى معدلات الوفيات ومقاييس المرض إلا بعد أخذ السن بعين الاعتبار.

وحين يقال لشخص ما إن معدلات الوفيات فى مجموعة من الناس تبلغ ثلاثة أضعاف أو أربعة أضعاف معدلاتها فى مجموعة أخرى؛ فقد يخيل له أن متوسط العمر المتوقع فى المجموعة الأولى ليس أكثر من ثلث أو ربع المتوسط فى المجموعة الثانية. ولكن إذا قلنا إن

متوسط العمر المتوقع لأشخاص فى منطقة غنية فى الولايات المتحدة أو فى بريطانيا هو (٨٠) عاماً، وأن معدلات الوفيات فى منطقة فقيرة أكثر بمقدار أربعة أضعاف، فمن الواضح أن القول إن متوسط العمر المتوقع بين الفقراء لا يتجاوز (٢٠) عاماً هو قول غير صحيح. وحساب كيفية تأثير الفوارق فى معدلات الوفيات الموحَّدة القياس على متوسط العمر المتوقع أكثر تعقيداً من ذلك فالتأثيرات أقل بكثير؛ لأن الوفيات تتركز بصورة رئيسية فى العمر المتقدم حيث تسبب اختلافاً أقل فى متوسط العمر المتوقع. وحتى بين الأطفال لا يسبب اختلاف فى معدلات الوفيات فى سن الطفولة مقداره أربعة أضعاف – ولنقل بين حالتى وفاة وثمانى حالات بين كل (١٠٠٠٠) طفل سنوياً – تأثيراً كبيراً على متوسط العمر المتوقع العام لأن معدلات الوفيات ضئيلة. ومن الواضح أن التأثير سيكون أكبر بكثير لو أن التفاوت البالغ أربعة أضعاف كان مثلاً بين (١٠) حالات و (٤٠) حالة وفاة بين كل (١٠٠٠٠) طفل. ويوفر لنا حساب أجرى على معدلات الوفيات السائدة فى بريطانيا قبل عشرين عاماً دليلاً تقريبياً (مكتب الإحصائيات والمسوح السكانية ١٩٧٨). وهو يظهر علاقة خطية بحيث لا ينتج عن مضاعفة معدلات الوفيات الموحّدة القياس بين سنى الخامسة عشرة والخامسة والستين أكثر من فارق أربع سنوات فى متوسط العمر المتوقع. وقد تؤدى إضافة تأثير الوفيات قبل سن الخامسة عشرة وبعد الخامسة والستين إلى زيادة الاختلاف بحيث يصبح نحو ثمانى سنوات. ولكن معدلات الوفيات السائدة الآن أدنى مما كانت عليه آنذاك، ولذلك فإن مضاعفة معدلات الوفيات الموحّدة القياس حسب السن ستنتج اختلافاً أقل فى متوسط العمر المتوقع العام عند الولادة.

وقد تكون أسهل طريقة للتوصل إلى رؤية حدسية لمعنى الفوارق الاجتماعية الاقتصادية فى معدلات الوفيات هى تخيل شخصين كل منهما له دائرة من الأصدقاء والأقارب، والدائرتان متماثلتان فى الحجم، ولنقل أن كلاً منهما تتكون من خمسين علاقة شخصية، لكنهما يعيشان فى منطقتين منفصلتين إحداهما غنية والأخرى فقيرة. فى مقابل كل حالة وفاة تطرأ فى دائرة أصدقاء الشخص الذى يعيش فى المنطقة الغنية، ستطرأ حالتا وفاة أو ثلاث أو أربع فى دائرة أصدقاء الشخص الذى يعيش فى المنطقة الفقيرة.

قياس عدم المساواة فى الصحة:

يبدو القول إن معدلات الوفيات فى المناطق الفقيرة أعلى بمقدار ضعفين أو ثلاثة أو أربعة من معدلاتها فى المناطق الأكثر غنى - قولاً يفتقر إلى الوضوح. والغموض الظاهرى هو جزئياً حول المجموعات الاجتماعية التى تجرى مقارنتها، وجزئياً حول مدى دقة تصنيف السكان فى مجموعات مختلفة. وكلما كان الحد الأقصى للثروة والحد الأقصى للفقر اللذين يخضعان للمقارنة أكبر؛ تتعاظم الفوارق فى الصحة التى يحتمل العثور عليها. وهذا هو السبب فى أن نسبة وفيات الأشخاص الذين كانوا يعيشون فى الـ (١٠) بالمائة التى تمثل أكثر المناطق الانتخابية فقراً فى شمال إنجلترا فى الثمانينيات من القرن العشرين كانت مرتفعة بمقدار أربعة أضعاف المعدلات بين الأشخاص فى الـ (١٠) بالمائة الأعلى ثروة (فيليمور وآخرون .Philimore *et al* ١٩٩٤).

والإحصاءات القومية التى تصنف السكان النشطين اقتصادياً حسب المهن المرتبة وفقاً للمكانة الاجتماعية تظهر عادة فوارق تبلغ ضعفين أو ثلاثة فى معدلات الوفيات بين الأشخاص المصنفين فى الطبقة الاجتماعية الأولى وهى المهن الاحترافية (الأطباء والمحامون وكبار إداريى الحكومة ومديرو الشركات الكبرى،... إلخ.) والطبقة الاجتماعية الخامسة وهى المهن اليدوية التى لا تحتاج إلى مهارات. لكن المعلومات المستخدمة عن المهن مستقاة من شهادات الوفاة المبنية على معلومات مأخوذة من "أقرب أقرباء" المتوفى. وقد يكون من الصعب معرفة ما إذا كان "مدير شركة" هو عامل بناء يعمل لحسابه الخاص أو رجل أعمال كبير يتحكم فى إمبراطورية تساوى ملايين عديدة من الجنيهات. وعلى نحو مماثل، هل "مهندس كهربائى" يعنى شخصاً محترفاً يحمل مؤهلات جامعية أم عامل خط تجميع فى شركة قطع أجهزة كهربائية؟ وما ينتج عن هذه الصعوبات من سوء تصنيف للأشخاص تعنى أن فوارق الطبقات المهنية التى تعطيها هذه الحسابات لا بد أن تكون مغلوطة. ويمكن لدراسة وايتهول Whitehall المذكورة آنفاً أن تظهر أحد المؤشرات على مدى أهمية هذه المغالطة. فقد تم تصنيف موظفى الخدمة المدنية البالغ عددهم (١٧٠٠٠) موظف الذين أجريت الدراسة عليهم حسب ارتفاع درجتهم الوظيفية بالتعاون مع رب العمل. ومعنى ذلك أن

التصنيف كان دقيقاً جداً. وهكذا بينما لا تجد الإحصائيات القومية أكثر من اختلاف بمقدار ضعفين فى معدلات الوفيات بين المهن المحترفة والمهن اليدوية التى لا تحتاج إلى مهارة؛ فقد وجدت دراسة وايتهول اختلافاً قدره ثلاثة أضعاف بين موظفى المكاتب وحدهم.

لكن السبب فى أن فوارق الوفيات المبينة فى الإحصائيات القومية ليس كون التصنيف المهنى أقل دقة فحسب؛ بل من المحتمل أنها أيضاً بصورة جزئية انعكاس لحقيقة أنه حتى ضمن أية مهنة هناك فوارق كبيرة جداً فى أشياء مثل التعليم والدخول. فعلى سبيل المثال، يصنف كل من المحامين الأغنياء والمحامين الفقراء العاطلين عن العمل فى الطبقة الاجتماعية الأولى. فالتصنيف المهنى الصرف يعمى عن كثير من الفوارق التى توجد ضمن الفئات المهنية، ولكن فى دراسة وايتهول التى كان الجميع فيها موظفى دوام كامل يعملون لرب العمل نفسه، كان التصنيف حسب درجة التوظيف سيتطابق إلى حد كبير مع تصنيف حسب الدخل وسيكون قريباً من تصنيف يجرى حسب التعليم. ومن حيث الجوهر؛ فإن الطبقات المهنية التى يوردها المسجل العام the Registrar General تمثل تقسيمات إلى مجموعات من الأشخاص أكثر تفاوتاً فى الخواص الاجتماعية الاقتصادية من بعض التصنيفات الأخرى مثل درجات التوظيف المستخدمة فى دراسة وايتهول.

ويكفى هذا بالنسبة لتعقيدات القياس، ففى حين أن القارئ بحاجة لأن يكون مطلعاً على وجودها لا نحتاج إلى المزيد من المناقشة بشأنها.

قابلية التحرك الاجتماعى والصحة:

أحد أسباب اعتبار الفوارق الاجتماعية الاقتصادية فى معدلات الوفيات هامة هو أنها على ما يبدو تظهر مدى الوفيات "الزائدة"، أو الوفيات التى يمكن منع حدوثها، فى مجتمع ما. والافتراض هو أنه إذا كان من الممكن لبعض الناس أن تكون معدلات الوفيات لديهم بهذا الانخفاض بين المجموعات الاجتماعية العالية، إذن يجب أن يكون من الممكن التوصل إلى معدلات وفيات منخفضة إلى الدرجة نفسها بالنسبة لجميع المجموعات. ومن المؤكد أن

مقدار زيادة المعدلات العالية تشير على ما يبدو إلى عدد الوفيات التى يمكن أن تعزى لعامل مثل الحرمان الاجتماعى والاقتصادى. لكن كان هناك احتمال أن تكون الفوارق الصحية نابعة من مصدر مختلف تماماً. فبدلاً من أن يكون الناس يعانون تدهور الصحة بسبب أنهم يعيشون فى ظروف اجتماعية واقتصادية أكثر فقراً طُرح احتمال أنهم يعيشون فى ظروف اجتماعية واقتصادية أكثر فقراً بسبب أن صحتهم متدهورة. وبعبارة أخرى طرحت مقولة إن ما يحدد صحة الناس هو شىء مستقل إلى حد كبير عن ظروف معيشتهم، وإن احتمال ارتقاء الهرم الاجتماعى أكبر بالنسبة للأشخاص المتمتعين بصحة أفضل، فى حين يهبط الأشخاص المعتلو الصحة. والمعنى المتضمن فى هذا هو أن صور عدم المساواة الصحية تعود إلى قابلية انتقائية للتحرك الاجتماعى تصنف الأشخاص السليمين والأشخاص المفتقرين إلى الصحة فى طبقات اجتماعية مختلفة.

وقد استخدمت عدة مجموعات كبيرة من البيانات لدراسة هذا الاحتمال. وتم جمع بيانات من فريقين من الأشخاص الذين توبعوا منذ ولادتهم فى عام ١٩٤٦ أو ١٩٥٨م يمكنها الآن تحديد العلاقة بين الصحة المبكرة وقابلية التحرك الاجتماعى اللاحقة. وتوصلت مجموعتا البيانات كلتاهما إلى أن الافتقار إلى الصحة يؤثر فعلاً على قابلية التحرك الاجتماعى ولكن حجم التأثير أصغر من أن يفسر مقداراً كبيراً من مجمل الفوارق الصحية (باور وآخرون Power *et al.* ١٩٩٠؛ وادزورث Wadsworht ١٩٨٦). ولأن الأشخاص الذين تغطيهم هاتان الدراستان لم يبلغوا بعد السن الكافية لإظهار التأثيرات التى يمكن للمرض فى الكهولة أن يؤثر بها على الفرص المهنية فى مستقبل الحياة؛ فقد تم تناول هذا الجانب من الموضوع من خلال الدراسة الطولانية The Longitudinal Study (فوكس وآخرون Fox *et al.* ١٩٩٠). وقد بدا أنه من المحتمل أن الأشخاص الذين يصابون بأمراض مزمنة فى مراحل لاحقة من حياتهم قد يضطرون إلى التخلى عن وظائف كثيرة المتطلبات، وينزلون إلى درجة أدنى على السلم الاجتماعى. وبالنسبة للوفيات التى حدثت فى عينة تمثل (١) بالمائة من السكان البريطانيين الخاضعين للتعداد السكانى أتاحت الدراسة الطولانية

المجال لتصنيف الوفيات وفق المعلومات المهنية التى قدمها كل شخص قبل بضع سنوات. وبعبارة أخرى كان من الممكن تصنيف الناس لا على أساس ما يمكن أن يكون مهنة ذات مركز أدنى خلال سنوات ضعفهم، ولكن على أساس المهن التى كانوا يعملون بها قبل موتهم ببضع سنوات. وقد توصل هذا أيضاً إلى أن تأثيرات المرض على قابلية التحرك الاجتماعى كانت ضئيلة جداً. وقد توصلت عدة دراسات أخرى - وهى دراسات تناولت القدرة على الحركة عبر الأجيال وضمن الأجيال بالنسبة للصحة - إلى النتائج نفسها (لندبرج Lundberg ١٩٩١؛ بلين وآخرون *Blane et al.* ١٩٩٣).

ومن طرق النظر إلى هذا الموضوع نفسه من زاوية أخرى النظر إلى الفوارق الطبقية فى الوفيات بين النساء المتزوجات أو بين الأطفال مصنفة حسب مهن الأزواج أو الآباء. ويمكننا ونحن واثقون إلى حد معقول افتراض أنه على الرغم من أن المهنة "المرجع" للأزواج أو الآباء قد تتأثر بصحتهم هم؛ فإنها ستكون أقل تأثراً بأمراض زوجاتهم وأولادهم. وهكذا فإنه من غير المحتمل أن تكون الفوارق الطبقية الكبيرة فى صحة النساء المتزوجات والأطفال حين تصنف حسب مهنة الزوج أو الأب، ناتجة عن قدرة انتقائية على التحرك فى سوق العمل تميز بين الأصحاء والأقل صحة (بلين وآخرون ١٩٩٣). ونمط فوارق الوفيات بين النساء المصنفة حسب مهنهن مشابه جداً لنمط الفوارق بين الرجال.

وقد بين بارتلى Bartley مؤخراً أنه من المرجح أن تجعل قدرة التحرك الاجتماعى تأثير الفوارق الطبقية فى الصحة أضعف وليس أشد مما يكون عليه بدونها (بارتلى وبلويس Plewis، قيد النشر ١٩٩٦). وهذا لأن الأشخاص الذين يرتقون من طبقات اجتماعية أدنى لا يتمتعون بصحة جيدة تماماً مثل الأشخاص المولودين فى الطبقات الأعلى. وعلى نحو مماثل يميل الناس الذين ينزلون السلم إلى التمتع بصحة أفضل من الأشخاص الذين ينتمون بصورة دائمة إلى الطبقات الاجتماعية الأدنى. ولذلك فإن الحركة - صعوداً كانت أم هبوطاً - تنزع إلى تقريب طرفى الصحة الجيدة والسيئة.

وأهم مساهمة تقدمها قدرة التحرك الاجتماعى فى الفوارق الصحية تتعلق بقدرة الأشخاص الأكثر طولاً، الذين يغلب عليهم أيضاً التمتع بصحة أفضل، على الارتقاء إلى الأعلى (نيستروم بِك Nystrom Peck ١٩٩٢). وقد أظهرت بعض الأبحاث التى أجريت مؤخراً أن هذا الترابط بين الطول والصحة وقابلية التحرك نحو الأعلى لا يعكس ميزة وراثية، بل يعكس عدداً من المؤثرات البيئية القوية منذ الطفولة الباكرة. وسنبحث هذا فى الفصل العاشر.

الفوارق الصحية والتركيب الوراثى:

إن الاهتمام بقابلية التحرك الاجتماعى هو فى جوهره اهتمام بأن الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية فى الصحة قد تكون نتيجة المرونة الاجتماعية لدى السكان. ولكن فى الولايات المتحدة كانت هناك نزعة لرؤية فوارق صحية مماثلة وكأنها عرقية فى أصلها. وهنا كان الثبات الاجتماعى والتركيب الوراثى هما الطريقة المفضلة لإعفاء البنى الاجتماعية والاقتصادية من اللوم، وهاتان فى جوهرهما إستراتيجيتان متضادتان تؤديان الوظيفة نفسها. ولا حاجة للقول إن البحث قد أظهر أن الفوارق العرقية فى الصحة فى الولايات المتحدة تعللها إلى حد كبير الفوارق فى ظروف الأشخاص الاجتماعية والاقتصادية.

كما طرحت اقتراحات - لكن بلا دليل تجريبى - أنه قد تكون هناك فوارق وراثية بين الطبقات الاجتماعية يمكنها أن تفسر صور عدم المساواة الصحية (همزورث Himsworth ١٩٨٤). ولم يظهر فحص فئات الدم عبر الطبقات الاجتماعية أى دليل على فوارق وراثية بينها (كليهر وآخرون Kelleher *et al.* ١٩٩٠). بل حقاً إن إحدى الدراسات التى ذكرت وجود فوارق طبقية بين فئات الدم وجدت أن فئة الدم التى ترتبط بذكاء أعلى أكثر شيوعاً بين الطبقات الاجتماعية الأدنى (ماسكى - تيلور Mascie-Taylor ١٩٩٠).

إن ازدياد عبء المرض من مصادر بيئية ينزع إلى زيادة مدى الانتقاء الوراثى بالنسبة لإمكانية مقاومة الأمراض المختلفة. ولذلك فمن الممكن تماماً أن يوفر بقاء الأفضل مصفاة انتقائية أقوى للمورثات الأفضل لدى الطبقات الأدنى حيث يكثر انتشار الأمراض. وهناك بالتأكيد

من يقول إنه فى كل مكان تزيد فيه الظروف البيئية الأفضل من فرص البقاء؛ فإنها تتيح البقاء للأفراد ذوى اللياقة الوراثية الأقل، وهكذا يمكن توقع أن تنتقى الظروف الأقسى والأمراض الأكثر انتشاراً مجموعة سكانية أكثر لياقة. ولكن مدى قابلية التحرك الاجتماعى سيضمن سرعة انتشار المزايا الوراثية النابعة من ذلك المصدر بين المجموعة السكانية بأكملها.

وتتيح دراسات التوائم المتماثلة وغير المتماثلة تقويم القوة النسبية لعناصر طول العمر الوراثية والبيئية. ويلخص هاياكاوا Hayakawa دراستين بقوله إن النتائج تبين أن "العوامل البيئية لها تأثير كبير والعوامل الوراثية ذات تأثير معتدل على طول عمر الإنسان" (هايكاوا وآخرون ١٩٩٢أ، ص ١٨٤). كما استنتج أن المعدلات المنخفضة لتوافق التوائم فى الأسباب التى تؤدى إلى وفاتهم، بالإضافة إلى قلة الاختلاف فى معدلات التوافق بين التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة توحى أن المؤثرات البيئية هى المحددات المهمة بصورة طاغية لأسباب الموت. (لأن التوائم المتماثلة تتماثل وراثياً والتوائم غير المتماثلة تشترك فى المتوسط فى نصف مورثاتها، فإن الاختلاف فى معدلات التوافق بين المجموعتين يمكن أن يعزى إلى الاختلاف البالغ ٥٠ بالمائة فى تماثلهما الوراثى. وهكذا يتم حساب المساهمة الوراثية الكاملة فى الاختلاف بحساب ضعف الاختلاف بين معدلات التوافق للتوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة.)

وهناك عدد من الأدلة الظرفية تجعل وجود مساهمة وراثية كبيرة فى صور عدم المساواة الصحية أمراً غير محتمل. فأولاً انعكس التوزع الاجتماعى لبعض أهم أسباب الوفاة خلال منتصف القرن العشرين، وتشمل هذه الأسباب مرض القلب الإكليلى والسكتة وفرط ضغط الدم والبدانة والقرحات العفجية والتهاب الكلوة والكُلاء والانتحار وسرطان الرئة (كوسكنين Koskinen ١٩٨٥). لا يمكن أن يكون هناك شك كبير فى أن عوامل بيئية تكمن وراء هذه التغيرات (مارموت وآخرون Marmot *et al.* ١٩٧٨أ).

وبالإضافة إلى انعكاس الفوارق الطبقية بالنسبة لبعض الأمراض مع مرور الزمن، ما يلفت الانتباه أيضاً هو أن خط الميل الاجتماعى فى الوفيات يظهر فى أمراض كثيرة مختلفة تماماً وأن الأمراض ذات خطوط الميل الأكثر انحداراً تختلف من دولة إلى أخرى. وهكذا ففى حين أن مرض القلب الإكليلى هو أحد المساهمين الرئيسيين فى الفوارق الطبقية فى الوفيات فى بريطانيا، فإن مساهمته فى فرنسا غير مهمة نسبياً (لوكلرك وآخرون Leclerc *et al.* ١٩٩٠). وعدم المساواة الصحية فى فرنسا ينبع بصورة رئيسية من وفيات وحوادث ذات علاقة بالمشروبات الكحولية. وفى الدول الإسكندنافية تميل الفوارق فى الوفيات من أمراض السرطان لأن تكون أقل أهمية منها فى فرنسا وبريطانيا (لوكلرك ١٩٨٩). وإذا أراد المرء أن يجادل أن هناك عنصراً وراثياً فى النجاح الاجتماعى – الاقتصادى وأنه مرتبط بقابلية أقل للإصابة بالأمراض؛ فلن يكون من المنطقى عندئذ القول إن ذلك العنصر مرتبط بقابلية أقل للإصابة بأمراض مختلفة فى كل دولة.

وكثيراً ما يساء فهم العلاقة بين المساهمات الوراثية والبيئية فى المرض. ففى أحيان كثيرة تعتبر الأمراض إما وراثية أو بيئية، أو أن نسبة معينة منها تعود لإحدى الفئتين والباقى للفئة الأخرى. وتنبنى هذه الانطباعات عادة على البيانات التى تربط النسب المختلفة من الأشخاص فى المجموعة السكانية المصابين بأمراض أو غير المصابين بأمراض والنسب المختلفة منهم الذين لديهم عوامل خطر مختلفة وراثية أو بيئية. ولكن بالطبع تتفاعل المورثات والبيئة. وعادة القابلية الوراثية للإصابة بالمرض هى قابلية وراثية للتعرض لأخطار بيئية محددة. ويمكن توضيح الصعوبة بمقارنة مرضين. تخيل أولاً مرضاً يحدث بين أقلية صغيرة مؤلفة من أشخاص لهم صفة وراثية معينة. يمكنك أن تقول إن هذا المرض وراثى بنسبة (١٠٠) بالمائة تقريباً. والآن فكر فى مرض من الأمراض التى تصيب الجميع مثل جدرى الماء أو السعال أو الزكام. إن حقيقة أن جميع الكائنات البشرية يمكن أن تصاب بها ومع ذلك هناك بعض أنواع الحيوانات الأخرى لا تصاب بها تعنى أن هذه الأمراض أيضاً وراثية تماماً.

وفى الواقع إن الأمراض التى يقال إن لها عنصراً وراثياً ليست سوى فئة فرعية من الأمراض تجعل الفوارق الوراثية بين السكان بعض الأشخاص أكثر تعرضاً لها من الآخرين. ولكن حتى فى هذه الظروف، ستتغير نسبة المرض الذى تبدو القابلية الوراثية للإصابة به مرتفعة مع تغير التعرض للخطر البيئى. وعلى سبيل المثال، من المعتقد أن جزءاً كبيراً من الاختلاف فى الطول فى الدول المتقدمة اليوم هو تعبير عن فوارق وراثية. ولكن فى مجتمع أكثر فقراً حيث ينتشر سوء التغذية، ويعانى بعض الناس الجوع فى حين ينعم آخرون بالوفرة، تبدو المحددات البيئية للفوارق فى الطول أكثر أهمية بكثير مما هى عليه فى الدول الأكثر ثراء. وعلى نحو مشابه اختفت أمراض مثل السل قيل عنها إنها تتضمن مكوناً وراثياً مهمًا مع التغير فى البيئة. فمن الواضح أن الظروف البيئية المسئولة عن المرض بين كل الأشخاص الأكثر والأقل عرضة وراثية له قد اختفت (لكنها أخذت تعود الآن). والمعنى الضمنى الواضح هو أن الأقوال المبنية على أدلة المقاطع العرضية (أى الأدلة المجمعة من مجموعة سكانية فى نقطة زمنية معينة) عن المكونات الوراثية للمرض قد لا تكون لها دلالة كبيرة فيما يتعلق بتبنى إستراتيجية وقائية فى الصحة العامة.

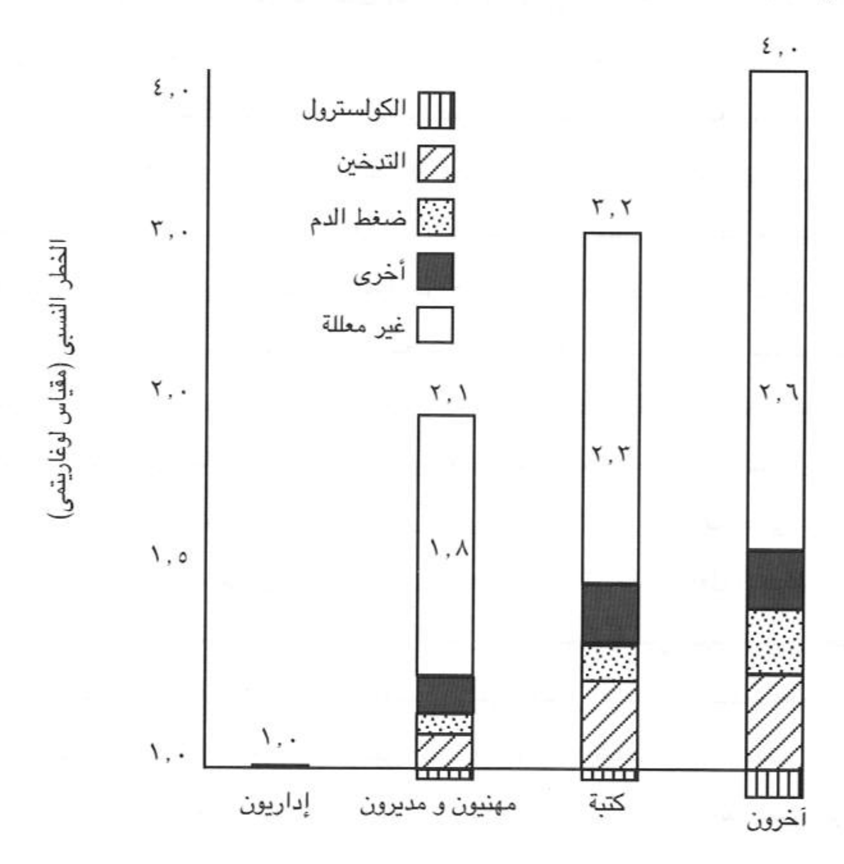
عوامل الخطر السلوكية:

بصورة منفصلة عن التفسيرات المقترحة لصور عدم المساواة الصحية على أساس التركيب الوراثى والقدرة الانتقائية على التحرك الاجتماعى، كان هناك مدخل آخر قام فى الوقت نفسه بتبرئة البنية الاجتماعية أيضاً من المسئولية، وهو مدخل يوحى أن عدم المساواة ناتج عن فوارق فى استعداد الناس لتبنى أسلوب صحى فى المعيشة؛ فقد اقترح أن العثور على أسباب الفوارق الصحية هو فى الفوارق فى التدخين وشرب المسكرات والحمية والتمارين وما إلى ذلك. وقد قامت عدة دراسات ضخمة بقياس مساهمة عوامل من هذا النوع فى التفاوت فى معدلات الوفيات؛ فالاختلاف فى معدلات الوفيات من مرض القلب البالغ أربعة أضعاف والذى اكتشف بين كبار وصغار الموظفين فى الدوائر الحكومية - أعطى فرصة

جيدة جداً لفحص تأثير عوامل الخطر هذه وغيرها على معدلات الوفيات (ديفى سميث وآخرون .Davey Smith *et al* ١٩٩٠). إن مرض القلب الإكليلى هو أهم أسباب للوفاة التى يُعرف ارتباط عدد من عوامل الخطر السلوكية فيها. لكن دراسة وايتهول اكتشفت أن جميع عوامل الخطر المعروفة بالنسبة لمرض القلب، بما فيها عوامل مثل ضغط الدم أو القامة القصيرة التى هى جزئياً أو كلياً خارج متناول تحكم الأفراد، لا تفسر سوى جزء قليل إلى حد ما من خط ميل وفيات مرض القلب (مارموت وآخرون .Marmot *et al* ١٩٧٨ب). ويبين الجزء المظلل من الأعمدة فى الشكل (٤ – ١) الجزء من الفوارق البالغة أربعة أضعاف فى مرض القلب الذى يمكن تعليله على أساس عوامل الخطر الرئيسية المعروفة. ويوحى ترك هامش للقياسات غير الدقيقة لبعض عوامل الخطر أنه قد يكون من الضرورى زيادة النسبة المقدَّرة للفوارق التى يمكن تفسيرها من أدنى من الثلث بقليل (كما هو موضح) إلى ما يقارب (٤٠) بالمائة. وإذا أردنا أن نعزل من هذه الـ (٤٠) بالمائة عوامل الخطر التى يمكن التحكم بها على الأقل جزئياً من خلال تغيير السلوك، قد نجد أنه يمكن تفسير نسبة من الفوارق فى وفيات مرض القلب أقرب إلى الربع. ولكن ثبت أن تغيير السلوك أصعب بكثير مما كان يتخيل فى الماضى. ومن النماذج المعقولة عن ذلك نتائج اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة فى الولايات المتحدة، وهو أكبر اختبار لتغير السلوك أجرى على الإطلاق (مجموعة اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة ١٩٨٢). فقد حاول الاختبار أن يغير الحمية والتدخين والتمارين بين الرجال البيض الذين صنفوا على أنهم يمثلون أعلى (١٠) بالمائة من حيث خطر الإصابة بمرض القلب الإكليلى. وعلى الرغم من الجهود المركزة خلال ست سنوات لم تنجح المجموعة فى تحقيق أكثر من تغييرات ضئيلة. وهذا يعنى أنه من غير المحتمل أن يحقق الطريق السلوكى باعتباره مدخلاً للوقاية شيئاً يعادل التخفيض فى مرض القلب الذى يبدو أن عوامل الخطر السلوكية تسهم به. ومن الواضح أن السلوك مرتبط بالسياق الاجتماعى الذى يعيش الناس فيه، ومن الصعب تغييره فى معزل عنه. بل من المؤكد أنه لو لم تكن البيئة الاجتماعية هى التى تحدد السلوك، فمن المفترض ألا يكون هناك درجة

ميل للطبقات الاجتماعية فى التدخين أو فى التركيب الغذائى أو فى مقدار التمارين التى يقوم الناس بها فى أوقات الفراغ. وبعبارة أخرى، قد يتطلب تغيير السلوك تغييراً يصل إلى أشياء أخرى بالإضافة إلى السلوك.

الشكل (٤ - ١): خطر الموت النسبى من مرض القلب الإكليلى وفق التدرج الوظيفى، ونسب الفوارق التى يمكن تفسيرها بصورة مرضية من خلال عوامل خطر مختلفة.



ملاحظة: "أخرى" = الطول وحجم الجسم والتمارين وتحمل الغلوكوز.

المصدر: غ. روز وم. مارموت، "الطبقة الاجتماعية ومرض القلب الإكليلى." **مجلة القلب البريطانية** *British Heart Journal* ١٩٨١: ١٣-١٩ .

وعلى الرغم من جهود البحث التى لا مثيل لها والتى انصبت على اكتشاف أسباب مرض القلب؛ فإن معظم الوباء العصرى يبقى بلا تعليل. ولا يقتصر الأمر على أن العوامل السلوكية لا تفسر سوى جزء قليل من درجة الميل الاجتماعية، بل هى أيضاً صعبة التغيير. وكما عبر روز Rose عن المسألة، إذا كنت فى فئة الخطر الأدنى بالنسبة لجميع عوامل الخطر السلوكية يبقى مرض القلب أكبر الأسباب التى يحتمل أن تؤدى إلى وفاتك (روز ١٩٨٥).

وباستثناء سرطان الرئة وربما نقص المناعة المكتسب (الإيدز) يرجح أن تكون احتمالات استخدام تغيير السلوك لمعالجة صور عدم المساواة الصحية فى أسباب أخرى هامة من أسباب الوفاة محدودةً أكثر مما هى بالنسبة لمرض القلب؛ ذلك لأنه فى معظم مسببات الوفاة الأخرى تتوافر معلومات أقل عن عوامل الخطر السلوكية. وجهلنا بالمسببات السلوكية لأمراض مثل السكتة وسرطان الثدى أو المعدة يعنى أن الفوارق الطبقية فى معدلات الوفيات من هذه الأمراض لا يمكن رؤيتها ببساطة على أنها إخفاق فى الالتزام بأوامر ونواهى السلوك الصحى. وكون الفوارق فى التدخين لا تطغى على الصورة يظهر من حقيقة أن نسبة الزيادة أو النقص فى الوفيات الناجمة عن الأمراض المتعلقة بالتدخين ليس أكبر مما هو عليه بين الأمراض غير المتعلقة بالتدخين (مارموت .Mckeown er al ١٩٨٦).

الرعاية الطبية:

لأنه كثيراً ما يسود اعتقاد بأن مستويات الصحة الحديثة تعكس تقدم العلوم الطبية؛ فقد يكون من المستحسن إعادة تأكيد ما قلناه فى الفصل السابق حول هذا الموضوع. لقد رأينا فى ذلك الفصل أن الجزء الأكبر من هبوط معدلات الوفيات من الأمراض السارية الكبرى (مثل الشاهوق والأنفلونزا والسل والخناق والحصبة والحمى القرمزية والهيضة) الذى طرأ منذ أواخر القرن التاسع عشر حدث فعلياً قبل تطوير الأشكال الفعالة من المعالجة وإكساب المناعة (ماكيون وآخرون .McKeown *et al* ١٩٧٥).

والمغزى الراهن للبيانات التاريخية هو أنها تظهر وجود مؤثرات قوية أخرى على الصحة، وتعنى ضمناً أنه حتى بدون الطب الحديث يمكن أن نثق إلى حد معقول أننا لن نهلك بسبب الأمراض المعدية التى كانت منتشرة فى العصر الفيكتورى. ولكن بالنسبة لأمراض السرطان والأمراض التنكسية الحديثة، وربما أيضاً بالنسبة للأمراض المعدية الحديثة، قد يكون دور الرعاية الطبية الآن مختلفاً تماماً. ولكن مرة أخرى نكرر أن الأدلة توحى أن الطب ليس المحددة الرئيسية للصحة بين المجموعات السكانية الحديثة. وقد وجد مشروع بحث يسعى للتوصل إلى مقاييس للصحة بين المجموعات السكانية التى تبدو حساسة للفوارق فى توفير الرعاية الطبية والتى يمكن استخدامها كمؤشرات على كفاءة الخدمات الطبية المحلية - وجد أن جميع معدلات الوفيات ومقاييس الصحة التى نظر فيها كانت أكثر حساسية للاختلافات فى الظروف الاجتماعية - الاقتصادية منها للرعاية الطبية (مارتينى وآخرون Martini *et al.* ١٩٧٧). ومدخل آخر للتعرف على فوائد الرعاية الطبية بالنسبة لصحة السكان هو استخدام الخبرة الطبية فى تحديد مجموعة من الظروف التى ينبغى بالنسبة لها أن تكون المعالجة الطبية الجيدة ناجحة بشكل كافٍ للوقاية من جميع الوفيات تقريباً. وفى العادة لا يصنف أكثر من أسباب (٥ - ١٥) بالمائة من جميع الوفيات فى فئة الأسباب التى يمكن علاجها كلياً. ولكن حتى ضمن هذه الشروط التى ينبغى أن يصل فيها تأثير الرعاية الطبية إلى ذروته؛ تبين مراجعة للدراسات أن معدلات الوفيات لا تزال أكثر ارتباطاً بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية منها بمتغيرات الرعاية الطبية (مكنباك وآخرون Mackenbach *et al.*).

وقد انطوت الدراسة التى تعطى أكثر تقديرات فوائد الرعاية الطبية سخاء على استخدام أحكام مبنية على المعرفة الطبية حول المزايا التى يقدمها كل من الحقول الرئيسية للخدمات الطبية، بما فى ذلك التقصى وإكساب المناعة وحقول المعالجة الرئيسية. وعلى الرغم من تقدير المزايا بدلاً من قياسها، توصلت الدراسة إلى أن مجموع مزايا جميع أشكال الوقاية والعلاج الطبيين المتوافرة الآن تضيف حداً أقصى خمس سنوات لمتوسط العمر المتوقع للأمريكيين (بنكر وآخرون Bunker *et al.* ١٩٩٤). وبوضع هذا إلى جانب

إجمالى الزيادة البالغ ما يقرب من (٢٥) عاماً من العمر المتوقع للأمريكيين خلال القرن العشرين؛ فإنه يوحى أن الطب لم يسهم فى هذا الإجمالى بأكثر من (٢٠) بالمائة منه.

لكن ضآلة أى تأثير يمكن أن يكون للرعاية الطبية على صحة السكان ليست سبباً للاعتقاد أنها غير فعالة. فالسلاح الطبى فى الجيش يمكن أن يقوم بعمل لا يقدر بثمن فيما يتعلق بجروح المعركة، ولكنه مع ذلك لا يشكل فى أى وقت من الأوقات محددة هامة من محددات عدد الإصابات فى المعركة. وفيما يتعلق بصحة المدنيين، فساحة المعركة هى الظروف الاجتماعية والاقتصادية التى نعيش فيها. والأكثر أهمية بكثير من الفوارق الصغيرة التى يمكن للطب أن يخفضها بالنسبة لبقاء مرض السرطان ومرض القلب هو الاختلافات فى الإصابة بهذه الأمراض. ففى حالات كثيرة يكون مجال التدخل الطبى ضيقًا جداً، وكثيراً ما يكون أول أعراض مرض القلب هو الموت المفاجئ. وبصورة جوهرية، فإن ما يحدد صحة المجموعات السكانية هو طبيعة الحياة الاجتماعية والاقتصادية وليس الرعاية الطبية، ودور الطب هو مجرد الترميم. ومع ذلك لا ينبغى التقليل من أهمية ذلك الدور، فجودة الحياة، وخاصة لدى كبار السن، ترتقى من خلال سلسلة كاملة من الإجراءات الروتينية مثل عمليات السادّ (إعتام عدسة العين) وتصليح الفتوق وتفريج الآلام واستبدال الورك وإزالة أوعية الدوالى.

وبأخذ الإسهام البسيط نسبياً الذى تسهم الخدمات الطبية به فى صحة السكان ككل بعين الاعتبار، فليس من المستغرب أن تأثير الفوارق فى الرعاية الطبية على عدم المساواة الصحية لا يذكر. وفى الدول التى لا تقدم الرعاية الطبية فيها مجاناً للجميع، أظهر الباحثون أن إضافة إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية كأحد المتغيرات الضابطة فى تحاليل صور عدم المساواة الصحية لا يؤدى إلى فرق كبير (هان وآخرون Haan *et al.* ١٩٨٧). والأعمال التى تبحث فى الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية فى البقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بالسرطان ومرض القلب توحى أن الفوارق فى البقاء لا تنتج بصورة رئيسية عن فوارق فى المعالجة (ليون Leon وولكنسون Wilkinson ١٩٨٧). وضمن الخدمة الطبية الوطنية فى بريطانيا اقترح بحث واحد على الأقل أن توزيع الرعاية الطبية قد يحابى الفقراء حتى بعد أخذ ازدياد تواتر الصحة المتدهورة بينهم بعين الاعتبار (أودونل وآخرون O'Donnell *et al.*).

اختلاف صور عدم المساواة الصحية:

قبل فيض الأبحاث الأخيرة فى صور عدم المساواة الصحية، وبالتأكيد قبل أن يتضح أن الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية فى مجال الصحة لا يمكن إحالتها إلى الفوارق فى الرعاية الطبية أو الاختيارات السلوكية أو قابلية التحرك الاجتماعى أو التركيب الوراثى - بدا من المحتمل تماماً أن تكون نابعة من خصائص فى المجتمع متأصلة بعمق فى صور عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية فى الحياة الحديثة بحيث لا يمكن تغييرها. ورغم أن الحكومات قد تكون شديدة القوة فى النظرية الدستورية؛ فإنها فى التطبيق العملى كثيراً ما تجد أن هامش الحركة المتوافر لها ضيق، وحتى حين تكون لديها الإرادة السياسية، فإن مواجهة المصالح الثابتة القوية دون دعم السكان النشطين سياسياً كثيراً ما تكون خطرة. لكن الانطباع بأن الحكومات المختلفة ليس لها سوى تأثير سطحى على البنية الاجتماعية والاقتصادية، فى حين أن جذور عدم المساواة الصحية تكمن فى خصائص أعمق وأكثر بقاء - هو انطباع تناقضه الأدلة جزئياً على الأقل. وازدياد قدرتنا على قياس التغيرات فى صور عدم المساواة الصحية على مدى الزمن، وعلى القيام بمقارنات بين دولة وأخرى - يبين أنها قابلة للتفاوت. فصور عدم المساواة الصحية فى البلاد الإسكندنافية تميل لأن تكون أقل مما هى عليه فى بريطانيا وعدد من الدول الأخرى مثلاً. وفى دول مثل الولايات المتحدة وبريطانيا وفرنسا اتسعت صور عدم المساواة الصحية خلال العقود الأخيرة، فى حين تبدو فى دول أخرى، مثل اليابان أنها ثابتة أو تتضاءل. وهذا الدليل على قابلية التفاوت مع مرور الزمن والتفاوت بين دولة وأخرى مهم، فهو يظهر أن مدى عدم المساواة الصحية ليس ثابتاً بل هو حساس لنوع الفوارق الموجودة من قبل بين الدول والتى تطرأ من وقت لآخر فى العالم المتقدم. وهو يظهر أن التفاوتات الكبيرة فى الصحة ليست حقيقة من حقائق الحياة الحديثة التى لا بد لنا من التعايش معها.

وكون صور عدم المساواة الصحية قابلة للاتساع رغم ازدياد الرخاء أمر مهم. فبدلاً من التقلص تحت تأثير الرخاء الاقتصادى بعد الحرب اتسعت التفاوتات الصحية فى بريطانيا بشكل يكاد يكون مستمراً منذ منتصف القرن العشرين. ويأتى الدليل على ذلك من الأرقام الرسمية الخاصة بالوفيات المهنية التى تصدر كل عشر سنوات. فقد أظهرت هذه الأرقام فوارق تزداد اتساعاً خلال كل عقد منذ تعداد عام ١٩٥١م وفى سياق الرخاء المتزايد فى العقود التالية للحرب بدا الاتساع عكس ما هو بديهى، وظهرت نزعة للشك فى الأرقام. وقد طرح اقتراح أنها انطباع خاطئ ولَّده تغير توزيع السكان الطبقى مع تضاؤل نسبة الأشخاص فى الطبقات الأدنى العاملة فى المهن اليدوية وازدياد أعداد مهن الياقة البيضاء الأعلى اجتماعياً. ونسى الناس أنه من حيث حجم الفجوة فإن أية حجة حول تأثير معدلات الوفيات الأكثر تطرفاً بين مجموعة منكمشة – وبالتالى قد تكون أكثر تطرفاً اجتماعياً – اقتصادياً – فى القاع ستقابلها المعدلات الأقل تطرفاً الآتية من المجموعة المتنامية فى القمة. كما طُرح أيضاً اقتراح أن مراجعات التصنيف الطبقى للمهن كل عشر سنوات يفقد المقارنات عبر الفترات الزمنية صحتها. وقد قامت باحثة أمريكية بحل هذه المشكلات باستخدام **مؤشر ميل عدم المساواة** الذى بدلاً من مجرد مقارنة الطبقات الاجتماعية المتطرفة قام بقياس مدى عدم المساواة فى الوفيات عبر مجموعة السكان بأكملها فى حين كان يزن كل طبقة بعدد السكان فيها (باموك Pamuk ١٩٨٥). وقد عالجت باموك مشكلة المراجعات فى تصنيف المهن باختيار المهن التى كان بإمكانها تحديدها بصورة ثابتة طوال الفترة التى غطتها المقارنات التى قامت بها. وأظهرت باموك نتائج مستخدمة التخصيصات الطبقية للمهن مثبتة حسبما كانت عليه فى بداية الفترة، ومثبتة حسبما كانت عليه فى نهاية الفترة، وبعد ذلك متغيرة مع تغير التخصيصات الطبقية خلال الفترة. وبغض النظر عن الطرق، فإن النتائج أعطت صورة قوية عن تضاؤل فجوة عدم المساواة الصحية قبل منتصف القرن العشرين واتساعها منذ ذلك الحين.

ومن الانتقادات الأخرى للأرقام الرسمية الأصلية الخاصة بإنجلترا وويلز أن حساب معدلات الوفيات بمواءمة المهن المسجلة على شهادات الوفاة والمأخوذة من "أقرب الأقارب"

مع أعداد السكان العاملين فى كل مهنة المأخوذة من التعداد السكانى قد لا يكون موثوقاً به. فمثلاً طرحت احتمالات أن ينزع أقرب الأقارب إلى "ترقية الموتى". فيمكن للأقارب مثلاً أن يقولوا عن الأشخاص الذين يعملون لحسابهم الخاص أنهم مديرو شركات. (ومما يثير الاهتمام أن دور Dore يقول إنه بين الحين والآخر تقوم الشركات اليابانية بترقية بعض الأشخاص كتكريم لهم بعد وفاتهم - دور ١٩٧٣). وكان التغلب على مشكلات من النوع الأول هو السبب الجزئى فى بدء الدراسة الطولانية التى قام بها مكتب الإحصائيات والمسوح السكانية. فبدلاً من استخدام المهن المسجلة على شهادات الوفاة تمكنت تلك الدراسة من ربط كل حالة وفاة مع المهنة التى ذكرها المتوفى فى آخر تعداد للسكان. ومرة أخرى أوحت النتائج أن الأرقام الرسمية لم تكن مضللة.

لقد رأينا الآن أن صور عدم المساواة الصحية لا يمكن فهمها على أساس القياسات المتحيزة أو القدرة الانتقائية على التحرك الاجتماعى أو الفوارق الوراثية أو عدم المساواة فى الرعاية الطبية أو السلوك المتعلق بالصحة. كما لا ينبغى الاعتقاد أن كلاً من هذه الأمور يسهم بجزء بسيط وأن جمع تلك الأجزاء سيفسر جزءاً كبيراً من الصورة. فأولاً إن التصنيف الاجتماعى المفتقر إلى الدقة يجعل الفوارق الصحية تبدو أقل مما هى عليه فعلاً. وثانياً فى حين توجد قابلية التحرك الاجتماعى توجد أسباب للاعتقاد بأن تأثير قابلية التحرك الاجتماعى مجتمعة بأكملها يميل إلى التقليل من الفوارق (بارتلى وبلويس Plewis، قيد النشر ١٩٩٦). وثالثاً لا يوجد دليل أن هناك أية مساهمة وراثية ذات شأن وتوجد أدلة ظرفية كثيرة على عدم وجود أية مساهمة من هذا القبيل. ورابعاً إن التأثير الإجمالى للرعاية الطبية على صحة السكان ليس صغيراً إلى حد أنه يصعب قياسه فحسب، بل إن الفقراء فى بريطانيا على الأقل يستخدمون الخدمات الطبية أكثر من ذوى الدخول الأفضل. ومسألة ما إذا كان هذا كافياً للتعويض عن حاجتهم الأكبر هى موضوع جدال أكاديمى - وهذا يعنى افتراضاً أن مقدار عدم التلاؤم ليس هائلاً. وأخيراً، فى حين أن السلوك المتعلق بالصحة يفسر فعلاً عدداً قليلاً لا يستهان به من الفوارق الإجمالية، وأكثرية منها بالنسبة لسرطان الرئة ونقص

المناعة المكتسب (الإيدز)، فإن من الضرورى تذكّر شيئين: أولهما أن الفوارق فى معدلات الوفيات من أسباب الوفاة الرئيسية غير المتعلقة بعوامل خطر سلوكية واضحة - تبقى كبيرة، وثانياً أن التنميط الاجتماعى لعوامل الخطر السلوكية يُظهر أنها تتأثر أيضاً بالبيئة الاجتماعية - الاقتصادية.

وبعملية الحذف هذه نتوصل إلى نتيجة أنه يجب تفسير الفوارق فى الصحة المرتبطة بفوارق فى المركز الاجتماعى - الاقتصادى إلى حد كبير جداً على أساس تلك الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية. لكن هذا الاستنتاج لا يستند ببساطة إلى حذف التفسيرات الممكنة الأخرى. ففى الفصول اللاحقة سنرى أدلة إيجابية على ما يبدو أنه علاقات سببية بين الصحة وخصائص معينة من الحياة الاجتماعية - الاقتصادية. وإخراج السبل السببية الهامة من شبكة التداعيات صعب؛ لأن جميع قياسات الصحة تقريباً مرتبطة بجميع قياسات المكانة الاجتماعية - الاقتصادية تقريباً. وقد بين الباحثون، دون أن يقصدوا طرح أية ادعاءات بالسببية المباشرة، درجاتٍ ميل حادة للوفيات تتعلق بمتغيرات مأخوذة من الإحصاء مثل امتلاك السيارات أو ما إذا كان الناس يملكون بيوتهم أم يستأجرونها. وباستخدام هذه المتغيرات ومعها الطبقة المهنية، من الممكن بناء مصفوفة للحرمان المتزايد، بدءاً بأشخاص الطبقة العليا الذين يملكون سيارات ويعيشون فى بيوت يملكونها، وانتهاء بالأشخاص العاملين فى مهن يدوية لا تتطلب مهارات الذين لا يملكون سيارات ويعيشون فى منازل مستأجرة. إن كل انخفاض فى درجة من الدرجات فى هذا الهيكل الهرمى يرتبط بصعود درجة فى معدلات الوفيات (غولدبلات Goldblatt ١٩٩٠).

ترتبط سلسلة واسعة جداً من أسباب الموت بعدم المساواة الصحية. فمن بين أهم (٧٨) سبباً للوفاة بين الرجال هناك (٦٥) سبباً أكثر شيوعاً فى المهن اليدوية مما هى عليه فى المهن غير اليدوية، وكذلك الأمر بالنسبة إلى (٦٢) سبباً من أهم (٨٢) سبباً للموت بين النساء (تاونسند Townsend *et al.* وآخرون ١٩٨٨). وهذا يعنى أن مدخلاً يأخذ كل مرض على حدة فى تناول التأثيرات الاجتماعية - الاقتصادية لن يكون ناجحاً. والتعامل مع عوامل الخطر المنفردة الخاصة بالأسباب المنفردة للوفاة هو مدخل إلى الوقاية له قيود

شديدة. وقد توصل روز Rose إلى أنه لكى ينقذ حزام الأمان حياة ضحية واحدة فى اصطدام للسيارات "سيكون (٣٩٩) شخصاً قد ارتدوا أحزمة الأمان كل يوم لمدة أربعين عاماً دون أن يعود ذلك بفائدة بالنسبة لبقائهم على قيد الحياة" (روز ١٩٨١). وبصورة مماثلة استخدم بيانات من دراسة فرامنغام Framingham وقام بحساب تأثير حمية منخفضة الكولسترول على أخطار الأزمة القلبية على الأفراد. إذا كان على الناس أن يعدلوا نظامهم الغذائى بشكل كافٍ لخفض مستويات الكولسترول لديهم بمقدار (١٠) بالمائة حتى سن (٥٥) عاماً؛ فإنه سيتعين على (٩٨) بالمائة منهم أن يغيروا نوع الطعام الذى يتناولونه كل يوم لمدة (٤٠) عاماً دون أن يشكل القيام بذلك وقاية لهم من الإصابة بأزمة قلبية. ولا تأتى هذه الحسابات من شخص يأخذ أرقاماً لا تعكس الواقع من أجل سياسات وقاية تافهة. وإنما هى استنتاجات مبنية على أفضل البيانات المتوافرة توصل إليها عالم أكاديمى كرّس جزءاً كبيراً من حياته للصحة الوقائية. وإذا كان المردود بالنسبة للأفراد ضئيلاً بهذا الشكل حتى بالنسبة للإجراءات الوقائية التى تعتبر أكثر الإجراءات أهمية، فأى أمل هناك بالنسبة لعوامل الخطر الأقل أهمية فى أسباب الوفاة الأقل أهمية؟ مرة أخرى تواجهنا الحاجة إلى تطوير سياسات وقائية مبنية على نظرة إلى محددات الصحة ذات توجه اجتماعى وبنيوى أكبر.

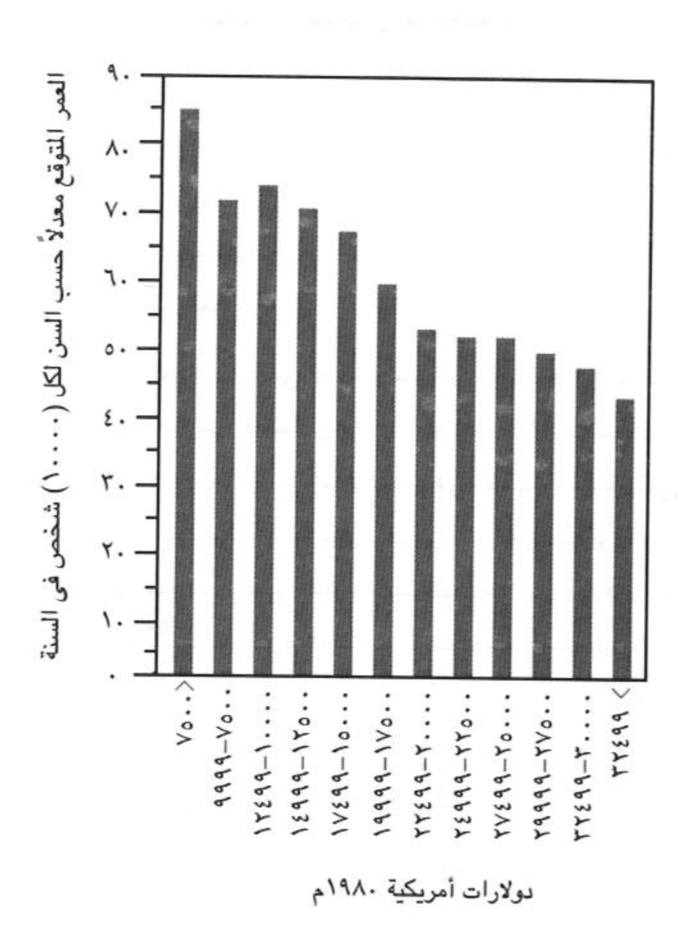
الفصل الخامس

توزّع الدخل والصحة

إحدى أهم القضايا التى أثارها الفصلان السابقان هى التباين بينهما؛ فقد رأينا فى الفصل الثالث أن الفوارق فى الدخل والصحة بين الدول المتقدمة فى أفضل حالاتها ضعيفة الارتباط جداً، ولكننا فى الفصل الرابع رأينا أنه ضمن الدول المتقدمة هناك فى معظم الأحيان علاقة وثيقة بين تلك الفوارق.

وبيانات المقاطع النموذجية التى تظهر التباين بين التطابق داخل كل دولة وعدم التطابق بين الدول موضحة فى الشكلين (٥ - ١) و (٥ - ٢)؛ فالشكل (٥ - ١) يوضح بيانات أمريكية تغطى نحو (٣٠٠٠٠٠) رجل أبيض فى اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة. إن معدلات الوفيات ترتبط بمتوسط دخول الأسر فى مناطق الرمز البريدى التى تعيش فيها فى الولايات المتحدة. ويثير الانتباه انتظام انخفاض معدلات الوفيات مع تزايد الدخل. ويظهر التدرج المنتظم هذا مرة تلو المرة. وهذا موضح بشكل آخر فى الشكل (٤ - ١) على الصفحة ٩٠، الذى استخدمَت فيه بيانات بريطانية من دراسة وايتهول White-hall التى تغطى (١٧٠٠٠) موظف فى الخدمة المدنية. وكما رأينا فى الفصل السابق، توجد علاقات وثيقة بين جميع قياسات الصحة تقريباً والمركز الاجتماعى - الاقتصادى. ودرجة ميل الوفيات الإجمالية بين موظفى الخدمة المدنية أكثر حدة مما هى عليه فى البيانات الأمريكية، قد يكون بسبب أنها مصنفة بشكل أكثر دقة حسب المركز الاجتماعى - الاقتصادى. فتصنيف دراسة وايتهول كان تصنيفاً حسب المركز الاجتماعى - الاقتصادى المسجل بالتعاون مع رب العمل ولذلك فهو دقيق للغاية. وإلى حد كبير ستكون هناك علاقة وثيقة بين فوارق الدرجة المهنية ومستوى التعلم والدخل. ومن الناحية الأخرى، فإن بيانات اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة التى تستخدم متوسط الدخل فى منطقة السكن ستصنف الأغنياء الذين يسكنون فى المناطق الفقيرة على أنهم فقراء والعكس صحيح. وهذا سيؤدى إلى شىء من المغالطة فى فوارق الوفيات.

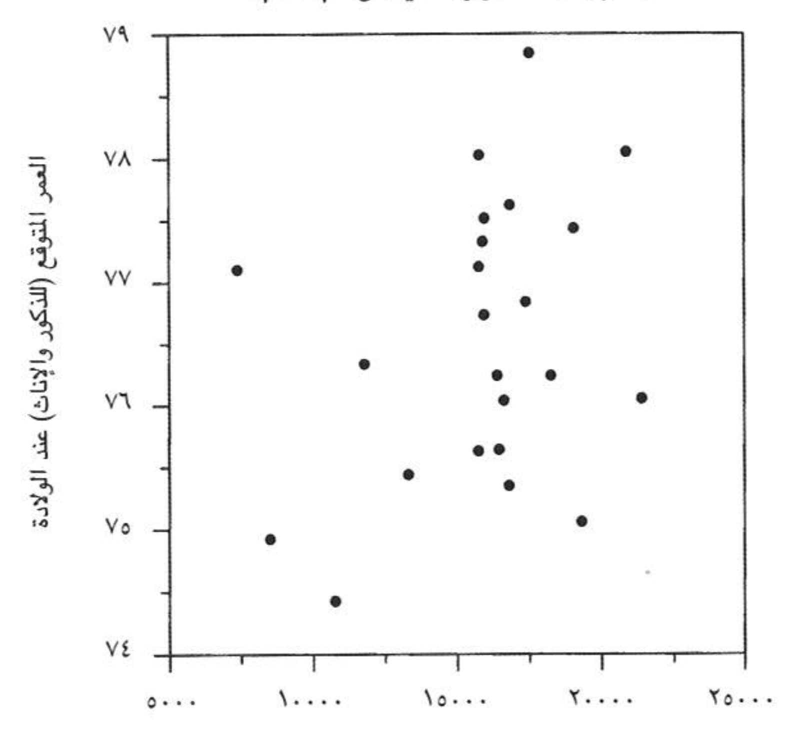
الشكل (٥ - ١): الدخل والوفيات بين الرجال البيض فى الولايات المتحدة



المصدر: بيانات اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة المأخوذة من ج. ديفى سميث وج. د. نيتون وج. ستاملر، "التفاضلات الاجتماعية - الاقتصادية فى خطر الوفاة بين (٣٠٥٠٩٩) رجلاً أبيض".

ويبين الشكل (٥ – ٢) أنه بين أشكال اقتصاد السوق المتطورة الخاصة بدول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية لا يوجد تدرج منتظم مماثل لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة المرتبط بإجمالى الناتج القومى للفرد، وبمقدار ما توجد قيمة لبيانات التغيرات على مدى الزمن، فإن الارتباط بين تغيرات إجمالى الناتج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة فى مجموعة الدول نفسها خلال العشرين عاماً ١٩٧٠–١٩٩٠م يؤكد أن هذه العلاقة ليست أوثق مما أوضحته علاقة المقاطع العرضية.

الشكل (٥ – ٢): إجمالى الدخل المحلى للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة فى دول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية فى عام ١٩٩٠م.



كيف يمكن لنا إذن أن نحل التناقض الظاهرى فى أن الدخل مرتبط بصورة وثيقة بالصحة ضمن كل دولة لكنه غير مرتبط بها بعلاقة وثيقة بين دولة وأخرى؟ إن التفسير ليس مسألة بعض التشويه المتكلف للبيانات. ولا يعنى الضعف فى بيانات إجمالى الناتج القومى التى بحثناها فى الفصل الثالث سوى أن من المحتمل أنه يجب مد المحور الأفقى إلى مسافة أبعد باتجاه اليمين؛ كى تزداد الفوارق فى إجمالى الناتج القومى للفرد بشكل مطرد. ولن يحقق هذا التغيير أى شىء لتحسين ترتيب الدول أو لإعطاء أى شىء شبيه بالتدرج السلس الذى يظهر فى الشكل (٥ – ١).

حيث إن النقاط فى الشكل (٥ – ٢) هى دول كاملة؛ فلا يوجد احتمال فى أن غياب تدرج واضح له أية علاقة بمشكلات خطأ المعاينة أو التنوع العشوائى. كما لا يمكن أن تكون البيانات الدولية أكثر تأثراً بالفوارق القومية فى الثقافة منها بالفوارق فى مستوى المعيشة. وأرقام إجمالى الناتج القومى المستخدمة محولة حسب تعادلات القوة الشرائية وليس حسب أسعار صرف العملات التى فيها شىء من الاعتباطية. وهذا يعنى أنها تعطى انعكاساً أكثر دقة على الأقل للفوارق النسبية فى القوة الشرائية. ولو أن الأمر كان مجرد إخفاء الفوارق الثقافية بين الدول لعلاقة أقوى بكثير؛ لوجب أن تكشف ذلك معاملات ارتباط التغيرات الحاصلة بمرور الوقت بين ١٩٧٠ و ١٩٩٠م (انظر الشكل ٣ – ٢، ص ٥٦)، إلا إذا كانت الثقافات قد تغيرت بصورة جذرية فى اتجاهات مختلفة خلال تلك الفترة.

من الصعب استبعاد العلاقات المتضاربة التى توجد ضمن الدول والتى توجد بينها بتفسيرها بأنها مصطنعة بطريقة ما؛ فانعدام التطابق بين التدرج المنتظم فى الشكل (٥ – ١) وعدم وجود تدرج فى الشكل (٥ – ٢) يجب أن يُنظَر إليه نظرة جدية، وهو يوحى بشدة أن الفوارق فى مستوى المعيشة تعنى شيئاً مختلفاً تماماً ضمن الدول عما تعنيه بين تلك الدول.

ولحسن الحظ يمكن حل هذا التناقض الظاهرى بسهولة تامة. فقد سقنا فى الفصل الثالث حجة أنه بين الدول المتقدمة التى تجاوزت عتبة مستوى المعيشة التى يعينها التحول

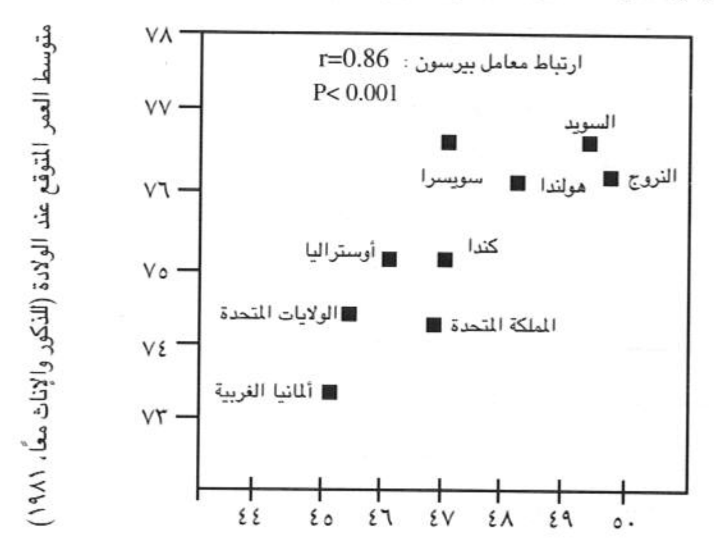
الوبائى (ارجع إلى الصفحة ٦٥)، لا تسبب الزيادات الإضافية فى إجمالى الناتج القومى للفرد فرقاً كبيراً فى الصحة. وقد توضح ذلك من انبساط المنحنيات فى الشكل (٣ – ١). (ولو كانت الحجة صحيحة لما أدى اقتراح أن البيانات لم تأخذ بعين الاعتبار التحسينات فى نوعية البضائع إلا إلى تأكيد ذلك الانبساط). ولكن ضمن الدول تحقق الفوارق فى مستوى المعيشة ترتيباً اجتماعياً للسكان. ولا تعود الفوارق فى المستويات المادية البحتة هى ما يؤثر فى الصحة، بل ما يؤثر فيها هو المركز الاجتماعى ضمن المجتمعات. وعلى ذلك الأساس فإن الشىء ذا الأهمية ليس بحد ذاته هو ما إذا كان لديك سيارة أصغر أو بيت أصغر، وإنما المعنى الذى يمثله هذان الفارقان والفوارق المشابهة اجتماعياً والشعور الذى يجعلانك تشعر به تجاه نفسك والعالم من حولك.

ويمكن بصورة واضحة إثبات أننا حقاً نتعامل مع آثار الدخل النسبى وليس الدخل المطلق ضمن الدول. وعلى الرغم من أننا لا نستطيع أن ننظر إلى دخول الناس ونميز بين آثار الدخل النسبى والمطلق على المستوى الفردى، فإنه يمكننا التمييز بين الدول التى يكون الفقر النسبى فيها أكثر أو أقل. وتميل الدول التى تكون الفوارق فيها بين الأغنياء والفقراء أكبر (وهذا يعنى فقراً نسبياً أكثر أو أعمق) إلى أن تكون الصحة فيها أسوأ من الدول ذات الفوارق الأصغر. والدول التى تتمتع بأفضل صحة هى – كما سوف نرى – الدول المتقدمة الأكثر مساواة لا الأكثر ثراء.

ويُظهر الشكل (٥ – ٣) العلاقة بين حصة إجمالى الدخل الشخصى التى تلقتها العائلات الأقل رفاهية التى تمثل (٧٠) بالمائة من مجموع الأسر (وهى تمثل الـ ٥٠ بالمائة الأفقر من السكان أو ما يقرب منها؛ وذلك لأن الأسر الأكثر فقراً تنزع إلى احتواء عدد أقل من الأشخاص من الأسر الأكثر ثراء) ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة. وهذا المتوسط أعلى فى دول مثل السويد والنروج، حيث حصل السكان الأكثر فقراً البالغة نسبتهم (٧٠) بالمائة على حصة من الدخل أكبر مما هو عليه فى دول مثل ألمانيا الغربية السابقة والولايات المتحدة التى هى دول أقل مساواة.

ويكشف النظر إلى التغيرات فى مستوى فوارق الدخل على مدى الزمن العلاقة نفسها. ويستخدم الشكل (٥ – ٤) بيانات من دراسة التغيرات فى الفقر النسبى بين عامى ١٩٧٥م و ١٩٨٥م. وقد تم تعريف الفقر النسبى بأنه نسبة السكان التى تتلقى أقل من نصف متوسط الدخل. ويبين الشكل أن دول الاتحاد الأوربى التى خفضت نسبة سكانها الذين يعيشون فى فقر نسبى (مثل فرنسا واليونان) تمتعت بزيادات أسرع فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة من الدول التى ازداد الفقر النسبى فيها. (التغيرات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة وفى نسبة السكان الذين يعيشون فى فقر نسبى خلال الفترة ١٩٧٥–١٩٨٥م مبينة بالمعدلات السنوية. وبسبب مشكلات فى بيانات الوفيات فإن البيانات الخاصة بالبرتغال لا تغطى سوى السنوات ١٩٨١ – ١٩٨٥) (ولكنسون Wilkinson ١٩٩٥).

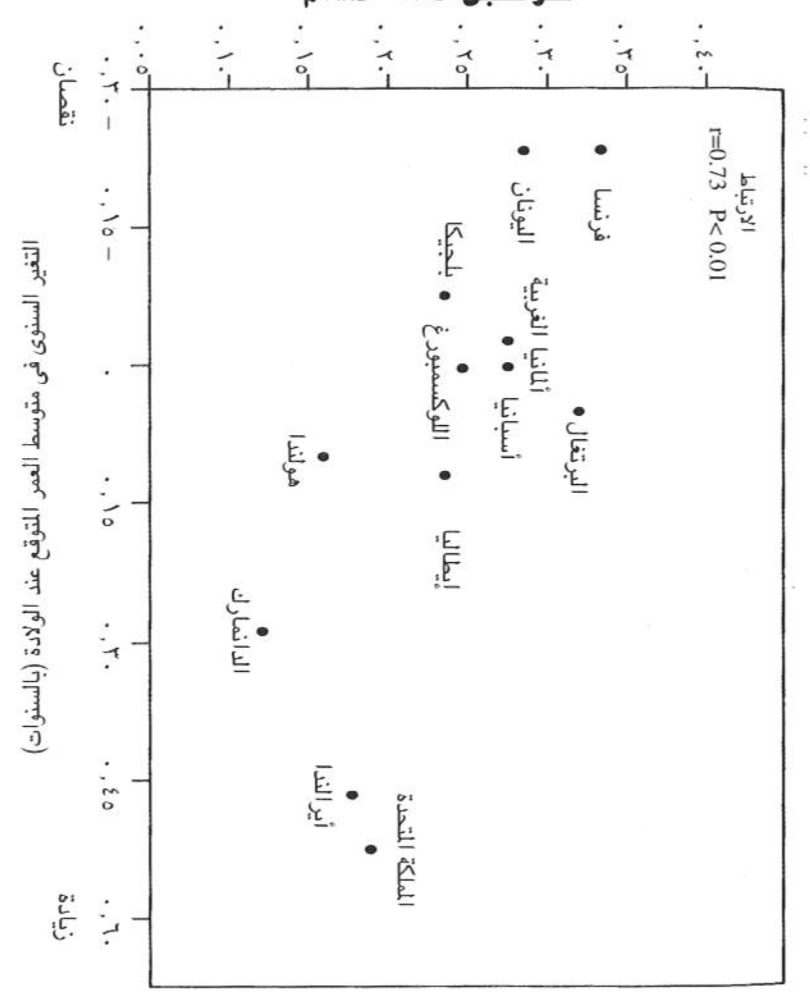
الشكل (٥ – ٣): علاقة المقطع العرضى بين توزع الدخل والعمر المتوقع (للذكور والإناث) عند الولادة فى الدول المتقدمة، حوالى عام ١٩٨١ .



نسبة مجموع الدخل بعد الضرائب والمزايا الذى تلقته العائلات الأقل رفاهية والتى تمثل (٧٠) بالمائة من مجموع الأسر.

المصدر: بيانات من ج. أ. بيشوب J. A. Bishop وب. فورمبى J. P. Formby و و. ج. سميث W. J. Smith، "مقارنات دولية لعدم المساواة فى الدخل: دراسة دخل اللوكسمبورغ، ١٩٨٩: ورقة العمل ٢٦".

الشكل (٥ - ٤): المعدل السنوى للتغير فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اثنتى عشرة دولة من الاتحاد الأوربى ومعدل التغير فى نسبة السكان الذين يعيشون فى فقر نسبى، ١٩٧٥ - ١٩٨٥م



النسبة المئوية للتغير السنوى من السكان الذين يعيشون فى فقر نسبى

المصدر: بيانات من م. أوهغنز M. O'Higgins و س. ب. جنكنز S. P. Jenkins، "الفقر فى الاتحاد الأوربى." فى كتاب ر. تيكنز R. Teekens و ب. م. س. فان براغ B. M. S. van Praag (محرران) **تحليل الفقر فى المجتمع الأوربى**، اللوكسمبورغ، يوروستات، ١٩٩٠م .

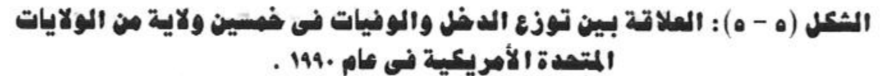
وقد اكتشفت العلاقة بين توزع الدخل ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة أولاً فى بيانات كل من الدول الغنية والفقيرة. فبين مجموعة مؤلفة من نحو ست وخمسين دولة غنية وفقيرة أظهر رودجرز Rodgers أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة متعلق بكل من إجمالى الناتج القومى للفرد وتوزع الدخل (رودجرز ١٩٧٩). وقد أوردت ثمانى مجموعات بحث حتى الآن على الأقل علاقات ذات دلالة إحصائية باستخدام نحو عشر مجموعات منفصلة من البيانات المأخوذة فى أوقات مختلفة من مجموعات مختلفة من الدول المتقدمة والنامية على أسس مقاطع عرضية أو سلاسل زمنية (فليغ Flegg ١٩٨٢؛ ولكنسون ١٩٨٦، ١٩٩٢، ١٩٩٤ب؛ لوغران Le Grand ١٩٨٧؛ والدمان Waldmann ١٩٩٢؛ وينيمو Wennemo ١٩٩٣؛ ج. أ. كابلان وآخرون G. A. Kaplan *et al.* ١٩٩٦؛ ب. ب. كينيدى وآخرون B. P. Kennedy *et al.* ١٩٩٦). وفى حين اقتصر فليغ فى بحثه على الدول النامية؛ شملت دراستا رودجرز ووالدمان دولاً فى مراحل مختلفة من التطور. وانصب اهتمام الآخرين جميعاً على بيانات من الدول المتقدمة حصراً.

وقد وجد والدمان فى تحليله لبيانات نحو سبعين دولة غنية وفقيرة أنه إذا تم تثبيت الدخل المطلق لأفقر (٢٠) بالمائة من السكان فى كل مجتمع؛ فإن الزيادات فى دخل أعلى (٥) بالمائة ترتبط مع **زيادات** فى وفيات الأطفال الرضع؛ وبافتراض احتمال أن يكون المرء قد توقع أن زيادات دخل الأشخاص الأكثر غنى ستؤدى - فى حال تساوى جميع الأشياء الأخرى - إلى انخفاض فى وفيات الرضع، فإن هذا برهان قوى على أهمية الدخل النسبى. ووجد وينيمو، وهو يبحث أيضاً فى وفيات الرضع، ارتباطاً عرضانياً وثيقاً بين تلك الوفيات ومدى الفقر النسبى فى الدول المتقدمة. وبين مجموعة من سبع عشرة دولة متقدمة، وجد لوغران أن متوسط سن الوفاة يتعلق بتوزع الدخل. وقد أظهر كابلان وكينيدى، اللذان كان عمل كل منهما منفصلاً تماماً عن الآخر، أن العلاقة بالإضافة إلى صحتها دولياً تصح أيضاً ضمن الولايات المتحدة؛ فالولايات الأمريكية ذات الفوارق الاقتصادية الأوسع لديها أيضاً معدلات وفيات أعلى. والبيانات الخام - التى تكرم كابلان ولينش Lynch بتقديمها -

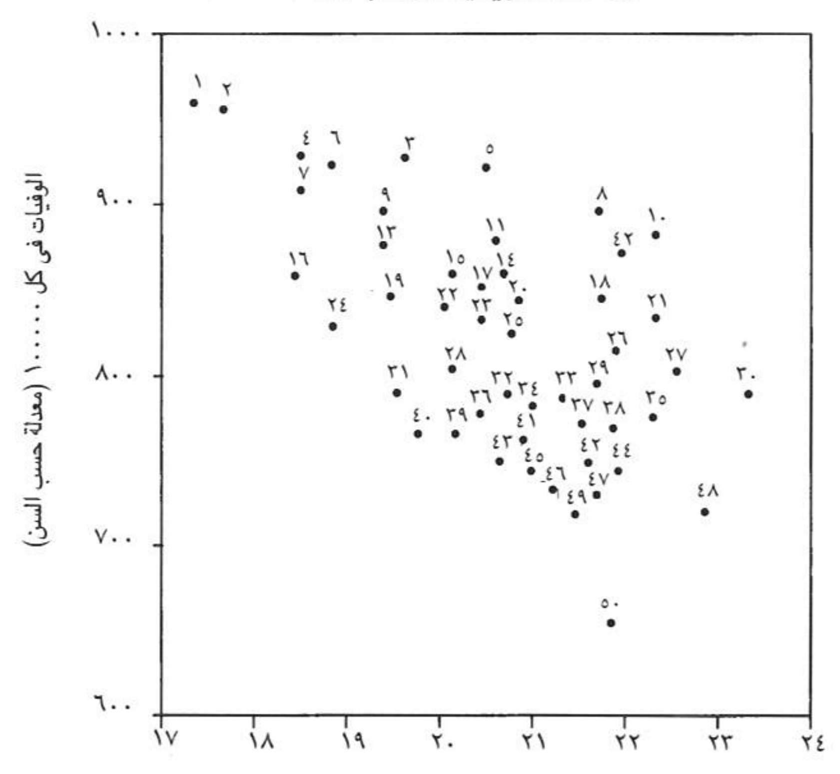
تظهر فى الشكل (٥ – ٥) (كابلان وآخرون ١٩٩٦). ويظهر الشكل ارتباطاً قدره (٠,٦٢) (P < 0.001) بين معدل الوفيات المكيف حسب السن والناجم عن جميع الأسباب مجتمعة والحصة المئوية من دخل الأسر التى تمثل النصف الأقل رفاهية من السكان. وتبقى العلاقة ذات مغزى كبير حتى بعد ضبطها حسب متوسطات الدخول والفقر النسبى والاختلافات العرقية والتدخين (كابلان وآخرون ١٩٩٦؛ ب. ب. كينيدى وآخرون ١٩٩٦). وبالإضافة إلى ذلك وجد كابلان أن الولايات ذات الفوارق الأكبر فى الدخل أظهرت تحسناً أكثر بطئاً فى الوفيات بين عامى ١٩٨٠ و١٩٩٠م . كما وجد بن شلومو Ben Shlomo وهو يتعامل مع بيانات تغطى مناطق صغيرة فى بريطانيا نزعة ذات دلالة إحصائية إلى تمتع المناطق حيث يوجد قدر أكبر من المساواة بمعدلات وفيات أكثر انخفاضاً حتى بعد ضبطها حسب متوسط مستويات الحرمان فى كل منطقة (بن شلومو وآخرون ١٩٩٦).*

وبالإضافة إلى عمل ستيكل Steckel فى موضوع معدلات الوفيات، فقد ذكر علاقة بين متوسط الطول (الذى له علاقة وثيقة بالصحة) وتوزع الدخل (ستيكل ١٩٨٣، ١٩٩٤). وبعد مقارنة القوة النسبية للعلاقات بين توزع الدخل والنمو الاقتصادى لكل فرد مع الطول يقول ستيكل إنه يمكن موازنة تأثير مضاعفة الدخل لكل فرد على طول الأشخاص البالغين بارتفاع بسيط قدره (٠,٠٦٦) فى معامل جينى Gini coefficient فى عدم المساواة فى الدخل.

* يوجد خطأ فى الشكل (٥–٥) كما جاء فى الأصل، فالولايات أشير إليها باختصاراتها، وجاء بين تلك الاختصارات KV وهذا ليس اختصاراً معروفاً لاسم أية ولاية، وقد افترضت أن المقصود هو ولاية فرجينيا الغربية وصححت الخطأ على هذا الأساس، باعتبار أن اختصارها WV لم يرد فى الشكل. وكذلك ورد اختصار اسم فرجينيا VA مرتين، وأعتقد أن المقصود فى إحدى المرتين هو ولاية واشنغتون WA التى لم ترد فى الشكل، ولكن باعتبار أنه لا يمكننى معرفة أى من المرتين تشير إلى فرجينيا حقًا وأيهما تشير إلى واشنغتون فقد أبقيت الخطأ على ما هو عليه مع التنويه عنه. (المترجم).



الشكل (٥ - ٥): العلاقة بين توزع الدخل والوفيات فى خمسين ولاية من الولايات المتحدة الأمريكية فى عام ١٩٩٠ .



الحصة المئوية من إجمالى دخل الأسر التى يتلقاها أفقر (٥٠) بالمائة من السكان

١ لويزيانا ٢ ميسيسيبى ٣ جورجيا ٤ ألاباما ٥ كارولاينا الجنوبية ٦ فرجينيا الغربية ٧ كنتكى ٨ نيفادا ٩ تينيسى ١٠ ديلاور ١١ كارولاينا الشمالية ١٢ ماريلاند ١٣ أركنسو ١٤ أوهايو ١٥ إيلينوى ١٦ نيويورك ١٧ ميشيغان ١٨ إنديانا ١٩ أوكلاهوما ٢٠ فرجينيا ٢١ ألاسكا ٢٢ ميزورى ٢٣ بنسلفانيا ٢٤ تكساس ٢٥ نيوجيرزى ٢٦ مين ٢٧ فرمونت ٢٨ كاليفورنيا ٢٩ وايومنغ ٣٠ نيوهامبشير ٣١ نيومكسيكو ٣٢ مونتانا ٣٣ أوريغون ٣٤ رودآيلاند ٣٥ ويسكنسن ٣٦ ماساتشوستس ٣٧ نبراسكا ٣٨ فرجينيا ٣٩ أريزونا ٤٠ فلوريدا ٤١ كانساس ٤٢ أيداهو ٤٣ كونيتيكت ٤٥ كولورادو ٤٦ داكوتا الجنوبية ٤٧ منيسوتا ٤٨ يوتا ٤٩ داكوتا الشمالية ٥٠ هاوايى.

المصادر: بيانات مأخوذة من إحصاء السكان والمركز الوطنى للإحصائيات الصحية، من وضع كابلان وباموك Pamuk ولينش وكوهين Cohen وبلفور Balfour (١٩٦٦) الذين تفضلوا بتقديمها للنشر فى هذا الكتاب.

إذا سلمنا بوجود العلاقة بين الصحة وتوزع الدخل، فما مدى إمكانية ثقتنا بمعناها؟ وهل يمكن أن تكون انعكاساً مصطنعاً لعلاقة كامنة أخرى أكثر أهمية؟ إن المتغيرات الضابطة المتنوعة التى استخدمها الباحثون تجعل ذلك بعيد الاحتمال. فتوزع الدخل يبدو متعلقاً بمعدلات الوفيات القومية حتى بعد ضبط النتائج فى الدول النامية حسب إجمالى الناتج القومى للفرد، والخصوبة، ومعرفة الأمهات للقراءة والكتابة، والتعلم، وضبطها فى الدول المتقدمة أيضاً حسب تأثيرات إجمالى الناتج القومى للفرد، ولكن كذلك حسب متوسط الدخل الشخصى الذى يمكن صرفه، ومستويات الفقر المطلق، والتدخين، والفوارق العرقية، وإجراءات مختلفة لتوفير الخدمات الطبية حكومياً أو أهلياً.

لكن هناك أسباب إضافية للاعتقاد أن التفسير لا يكمن فى هذا النوع من العوامل. فالأمر لا يقتصر على أن هذه المتغيرات لا تزيل العلاقة الإحصائية، بل ليس من المعتقد أنها تمارس تأثيراً قوياً على متوسط العمر المتوقع عند الولادة بشكل كافٍ لتقديم تفسير معقول له وخاصة فى الدول المتقدمة. وقد يعتقد البعض أن من المرجح أن تكون لدى المجتمعات ذات التفاضلات الأضيق فى الدخل خدمات اجتماعية أفضل تفيد الصحة. ولكن اليابان والسويد - اللتين تتمتعان بالمركز الأول والثانى فى متوسط العمر المتوقع فى العالم - جاءتا على طرفى نقيض فى جدول رابطة منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية بالنسبة للنفقات الاجتماعية الحكومية كنسبة من إجمالى الإنتاج المحلى، فاليابان تنفق (١٥) بالمائة بالمقارنة مع السويد التى تنفق (٤٠) بالمائة (هيلز Hills 1994). وإضافة إلى ذلك، رأينا فى الفصل السابق أن عوامل مثل الرعاية الطبية لا تولد فارقاً كبيراً فى معدلات الوفيات بين السكان يعلل علاقة مثل هذه. وينطبق الشيء نفسه على حقول أخرى مما توفره الدولة. وحتى إذا تجاهلنا نتائج استخدام ضوابط إحصائية، فلا توجد عوامل ظاهرة يمكن ترشيحها كعوامل يمكن أن تثبت أن هذه العلاقة مصطنعة.

ويبدو وجود متغير غير معروف قوى إلى درجة كافية أمراً بعيد الاحتمال جداً. وإذا كان ارتباط إحصائى سيُستبْعَد بتفسيره بأنه انعكاس لعلاقة كامنة أقوى، فالعلاقة الكامنة

بحاجة لأن تكون أقوى من العلاقة المصطنعة التى تولِّدها. وهذا يعنى أنه من الأسهل بكثير استبعاد علاقة ضعيفة على أساس أنها مصطنعة من استبعاد علاقة بقوة العلاقة التى نتعامل معها هنا.

وعدد الأوضاع التى يجب أن تتدخل فيها هذه العلاقة محدثة التأثير نفسه هو مشكلة إضافية هامة فى معاملتها على أنها ناتج لأحد المتغيرات الكامنة. فأولاً يجب أن تنطبق لا فى الدول المتقدمة وحدها، بل أيضاً فى الظروف المختلفة جداً التى نجدها فى الدول النامية. وثانياً يجب عليها أن تفسر الدليل العرضانى، بالإضافة إلى تفسير أدلة البيانات التى تتناول التغيرات التى تحدث بمرور الزمن. وثالثاً عليها أن تفسر - بالإضافة إلى الارتباط العالمى بين توزع الدخل ومعدلات الوفيات القومية - العلاقات بين مقدار عدم المساواة والوفيات ضمن مناطق فى الدولة نفسها. والتقريران القائلان إن الوفيات فى خمسين ولاية من الولايات المتحدة متعلقة بمقدار عدم المساواة فى الدخل فيها تم ضبطهما بدقة حسب عدد من المفندات المحتملة (كابلان وآخرون ١٩٩٦؛ ب. ب. كينيدى وآخرون ١٩٩٦). كما اكتشف الترابط لدى النظر إلى التغيرات الحادثة مع مرور الزمن (كابلان وآخرون ١٩٩٦). وكذلك ضمن دولة معينة توجد العلاقة العرضانية التى ذكرها بن شلومو مستخدماً بيانات مناطق بريطانية صغيرة (بن شلومو وآخرون ١٩٩٦). وفى هذه الحالة رغم أن الآثار ذات دلالة إحصائية فإنها كانت ضعيفة إلى حد ما - وربما كان ذلك بسبب أن الكثير من البُنى الاجتماعية الهامة التى تحدد مركزنا الاجتماعى لا تنحصر فى أماكن صغيرة لكنها ترتبط بعمليات أوسع من المقارنة الاجتماعية. وحتى لو كان هناك اعتقاد بأن بعض معالم السياسة الحكومية فى الدول الأكثر مساواة قد تفسر العلاقة الدولية بين الصحة والمساواة فى الدخل فإنها لا يمكن أن تفسر مثل تلك العلاقة ضمن الدول (باستثناء احتمال الإشارة إلى الاختلافات المحلية فى السياسة الحكومية).

وأدلة وجود علاقة بين المساواة الاقتصادية ومعدلات وفيات السكان أقوى من أن تُستَبْعَد، وهى تظهر على أسس مختلفة كثيرة بحيث لا يمكن تفسير العلاقة على أنها تعبير

عن تدخل متغير ما. ومن المؤكد أن للدخل تأثيراً مباشراً قويًا على أوجه كثيرة من حياة الناس بحيث إن تأثيراً مباشراً له على الصحة يبدو منطقياً أكثر من التفسيرات الأخرى.

ولكن حتى فى وجود علاقة "حقيقية"، سيتساءل البعض عن الاتجاه الذى تعمل به. هل يمكن أن توجد عملية "سببية عكسية" تؤثر الصحة بموجبها فى توزع الدخل؟ وإذا أشار سهم السببية فى ذلك الاتجاه سنضطر إلى القول إن الصحة هى إحدى أهم محددات توزع الدخل. وهذا لا يجرى باتجاه معاكس للنظرية الاقتصادية فحسب، لكنه يصطدم بمفاهيم المنطق البديهى حول تأثير التوظف والبطالة والأرباح والضرائب والمزايا على توزع الدخل. وبالإضافة إلى ذلك فقد أخضعت البيانات حول الفوارق الطبقية فى الوفيات إلى فحص شامل عن آثار سببية عكسية – أى بحثاً عن احتمال أن سبب ظهور صور عدم المساواة الصحية هو أن الناس الذين يتمتعون بصحة جيدة يصعدون السلم الاجتماعى فى حين يهبط ذوو الصحة السيئة (انظر ص ٨٢). ورغم أن هذا يحدث إلى حد بسيط؛ فإنه لا يفسر الجزء الأعظم من صور عدم المساواة الصحية. ولو كان هذا صحيحاً بالنسبة للفوارق الطبقية فى الصحة، التى تقاس بين السكان النشطين اقتصادياً والذين هم فى سن العمل حيث يوجد أكبر احتمال لأن تؤثر الصحة فى القدرة على التحرك المهني، فإلى أى مدى أكثر من ذلك يجب أن يكون الأمر صحيحاً عن متوسط العمر المتوقع عند الولادة على المستوى القومى عبر جميع مجموعات السن، التى تشمل الأطفال وكبار السن الخاملين اقتصادياً والذين تؤثر التغيرات فى الصحة بينهم تأثيراً قليلاً أو لا تؤثر مطلقاً على الدخل؟ لكن أية سببية معاكسة لا يمكن أن تكون مجرد علاقة بين القدرة على التحرك الاجتماعى (أو التحرك من حيث الدخل) الانتقائى على المستوى الفردى والصحة، بل يجب أن تكون علاقة بين مستويات مجتمعية من الصحة – مهما كانت طريقة توزيعها– وعدم المساواة فى الدخل على صعيد المجتمع.

وفى وقت سابق بدا من المعقول أن يؤثر توزع الدخل على الوفيات بطريقتين مختلفتين تماماً فى الدول الغنية والفقيرة. ففى الدول الأكثر فقراً، حيث ما زالت الزيادات فى

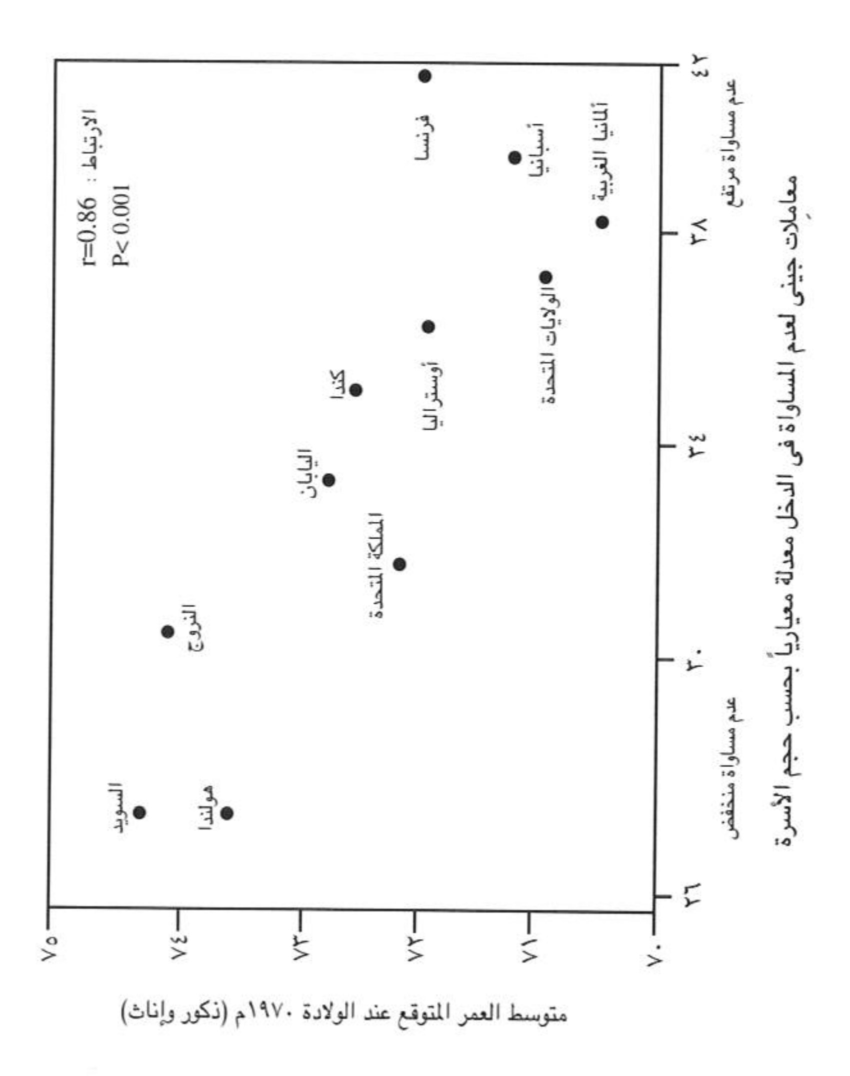
مستوى المعيشة المطلق تحظى بأهمية؛ بدا من المرجح أن الفوارق الأقل فى الدخل قد تعنى أن نسبة أصغر من إجمالى الدخل القومى للفرد كانت تصرف على الكماليات التى ليست لها فائدة كبيرة بالنسبة للصحة، فى حين يصرف مقدار أكبر على الضروريات المولدة للصحة. ومن المفترض أنه كلما ازدادت نسبة مصروفات المستهلكين التى تنفق فى شراء الخبز لأشخاص كثيرين وليس على شراء اليخوت والمنازل الفخمة للقلة؛ تتحسن صحة السكان. وبهذا الشكل، لا تنتج الفوائد الصحية من الفوارق الأقل فى الدخل عن الآثار الاجتماعية المحضة لفوارق الدخل بحد ذاتها بقدر ما تنتج عن آثار مستويات الاستهلاك المطلقة الأعلى بين الفقراء. وفى الدول المتقدمة حيث توحى بيانات إجمالى الناتج القومى للفرد أن المستويات المطلقة للمعيشة أعلى بكثير من المستويات الحرجة، تبدو الآثار الصحية للفوارق الأقل فى الدخل (كما سنرى فى الفصل الثامن) أكثر احتمالاً بكثير لأنْ تكون ناتجة عن التأثير النفسى - الاجتماعى لعدم المساواة، أو عن الفقر النسبى فى حد ذاته.

وعلى الرغم من أن إعطاء تفسيرين مختلفين لما بدا أنه الظاهرة نفسها فى الدول المتقدمة والنامية كان فى ظاهره أخرق بعض الشىء؛ فإنه لم يتضح أنه لا يمكن إبقاء هذه الازدواجية إلا بعد أن نشر والدمان Waldmann بحثه. وعلى سبيل المراجعة، وجد والدمان فى تحليله لنحو سبعين دولة شيئاً أدهشه وهو أنك إذا أبقيت الدخل ثابتاً من حيث القيمة المطلقة بالنسبة إلى (٢٠) بالمائة من السكان الذين هم الأكثر فقراً (أى قمت بالضبط إحصائياً)، فإنه كلما ارتفعت دخول أغنى (٥) بالمائة من السكان؛ ترتفع أيضاً معدلات الوفيات لدى الأطفال الرضع. إن أى تأثير للدخول الحقيقية على المستويات المادية سيقود المرء لأن يتوقع أنه إذا تم تثبيت دخول أفقر (٢٠) بالمائة؛ فإن أى ارتفاع فى الدخول المطلقة لأغنى (٥) بالمائة سيؤدى - إذا أحدث أى تغيير - إلى انخفاض طفيف فى معدلات وفيات الأطفال الرضع؛ لأن أطفال الأغنياء سيكونون أفضل بمقدار قليل. واكتشاف أن العكس هو الصحيح هام؛ فهو يوحى بوجود تأثير اجتماعى أصيل على عدم المساواة الصحية بين الدول الأفقر، مثلما يوجد فى الدول الأغنى، لابد أن نبحث عن فهم موحد له.

وقد رأينا فى الفصل الثالث أنه فى أثناء التحول الوبائى تتوقف الصحة عن التأثر إلى حد كبير بالمستويات المطلقة للمعيشة. وقد بينت (فى مكان آخر) أنه حدث انتقال من تأثر الصحة بالمستويات المطلقة إلى تأثرها بالمستويات النسبية (ولكنسون Wilkinson ١٩٩٤أ). ولكن من الأدق القول إنها تتأثر بالمستويات النسبية فى كلتا الفترتين: قبل الانتقال وبعده، لكنها تصبح أقل تأثراً بالمستويات المطلقة بعد التحول الوبائى. وسنلقى نظرة على الآليات المحتملة التى يؤدى فيها انخفاض عدم المساواة فى الدخل إلى تحسن الصحة فى الفصول الثامن والتاسع والعاشر.

وقد يكون أكثر مثال لفتاً للانتباه من أمثلة الطريقة التى يمكن لتضاؤل الفوارق فى الدخل أن يحسن الصحة - أو بالأحرى متوسط العمر المتوقع عند الولادة - هو المثال الآتى من اليابان. إن أول مجموعة من أرقام توزع الدخل التى يمكن مقارنتها دولياً بصورة عامة هى أرقام عام ١٩٧٠م، وهى تشمل اليابان (سوير Sawyer ١٩٧٦). والعلاقة بين توزع الدخل ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة فى ذلك التاريخ مبينة بالنسبة للدول التى تغطيها البيانات فى الشكل (٥ - ٦) (ورغم أن هذا الشكل يستخدم قياسات مختلفة وبيانات من مصدر مختلف؛ فإنه يبدو مشابهاً جداً للشكل (٥ - ٣) . وهو مدرج هنا من أجل بياناته اليابانية فقط). ومقياس توزع الدخل المستخدم فى الشكل (٥ - ٦) هو معامل جينى Geni coefficient، الذى يقيس عدم المساواة على مدى المجموعة السكانية بأكملها ولا يقتصر على مجرد مقارنة الأغنياء والفقراء. وتتفاوت قيمه بين الصفر، وهذا يعنى أن الجميع يحصلون على الدخل نفسه، وواحد، وهو يعنى أن الدخل بأكمله كان من نصيب شخص واحد ولم يحصل أى شخص آخر على أية حصة منه. وهذا يعنى أن قيمة (٠,٤) (إلى اليمين على المحور الأفقى) تمثل قدراً من عدم المساواة أكثر مما تمثله (٠,٣). وتظهر اليابان فى منتصف الحقل ويتماثل توزع الدخل فيها ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة مع بريطانيا إلى حد كبير فى ذلك التاريخ.

الشكل (٥ - ٦): العمر المتوقع (للذكور والإناث) ومعاملات جينى لعدم المساواة فى الدخل بعد الضرائب (معدلة معيارياً بحسب حجم الأسرة).



المصدر: بيانات من م. سوير M. Sawyer، "توزع الدخل فى دول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية." **تحليل النظرة الاقتصادية لمنظمة التعاون الاقتصادى والتنمية، دراسات غير دورية**، ١٩٧٦، ص ٣ - ٦٣، الجدول ١١؛ ومن البنك الدولى.

ولكن بعد ذلك بفترة تقارب (٢٠) عاماً ظهر بحث فى **المجلة الطبية البريطانية** *British Medical Journal* مبيناً أنه بحلول عام ١٩٨٩م أصبح متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان هو الأعلى فى العالم (مارموت Marmot وديفى سميث Davey Smith ١٩٨٩). وذكر البحث أيضاً أن اليابان توصلت فى الوقت نفسه إلى أقل فوارق فى الدخل من بين جميع الدول التى تقدم تقارير إلى البنك الدولى (وهذا يعنى بصورة شبه مؤكدة أن الفوارق فيها هى الأقل بين جميع حالات اقتصاد السوق المتقدمة). ويقول مؤلفا البحث إن التحسن فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان يعادل التحسن الذى سيحصل فى بريطانيا لو جرى تجاهل جميع الوفيات الناجمة عن مرض القلب ومعظم الوفيات الناجمة عن أمراض السرطان. ويستعرض الباحثان المصادر المحتملة لهذا الإنجاز الباهر فيبحثان عن تغيرات فى النظام الغذائى اليابانى والتدخين وغيره من العوامل السلوكية المؤثرة فى الصحة وفى الخدمات الصحية والسياسات الصحية الوقائية. ولا يوفر أى من هذه العوامل تفسيراً معقولاً. وعلى الرغم من أن الأنظمة الغذائية اليابانية أفضل صحياً من كثير من الأنظمة الغربية، فهى لم تتغير خلال هذه الفترة بطرق يمكن أن تفسر التحسن فى الصحة. وعلى الرغم من أن النمو الاقتصادى اليابانى سريع بالطبع؛ فإننا لم نشاهد أن الزيادات فى إجمالى الدخل القومى للفرد ليست ذات أهمية كبيرة فى العالم المتقدم فحسب، بل إن إجمالى الدخل القومى للفرد اليابانى، على أساس تعادلات القوة الشرائية المستخدمة لمقارنة مستويات المعيشة بشكل أكثر دقة - كان أعلى بمقدار (١٥) بالمائة فقط مما هو عليه فى بريطانيا فى عام ١٩٩٠م - وكان لا يزال أقل بكثير من الولايات المتحدة وعدد من دول أوربا الغربية.

وشهادة التجربة اليابانية على الأهمية الصحية لتضييق توزع الدخل لم تكن فقط منذ عام ١٩٧٠م. فهناك أيضاً بعض البيانات غير المتكاملة تظهر ارتباطاً أسبق بين تضييق الفوارق فى الدخل والتحسن السريع فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان (ولكنسون Wilkinson ١٩٩٤أ).

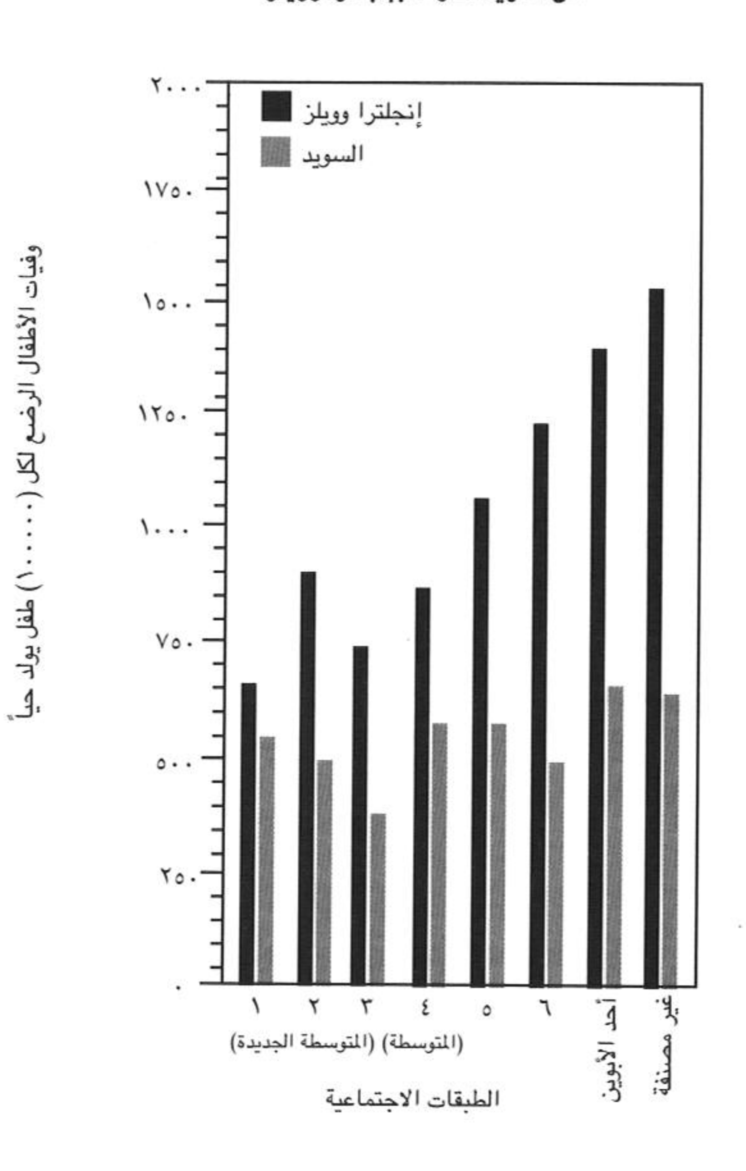
ويمكن الربط بين تضييق الفوارق فى الدخل وأوجه التحسن فى صحة السكان بطريقتين تنسجم كل منهما مع الأخرى لكنهما مختلفتان. فأولاً فى المجتمعات التى تكون الفوارق فى الدخل فيها أضيق قد تعنى نوعية النسيج الاجتماعى على نحو ما أن الصحة أفضل فى جميع قطاعات المجتمع – من الأعلى إلى الأسفل. وثانياً قد يزيد متوسط الصحة والعمر المتوقع أو ينقص بصورة رئيسية مع تحسن صحة الأشخاص الأكثر فقراً، أو تدهورها نتيجة التغيرات فى مستوى فقرهم النسبى. هل تؤدى الفوارق الأضيق فى الدخل إلى تحسن مميز فى الصحة بين أقل السكان رفاهية، وبذلك تضيق صور عدم المساواة الصحية، أم هل تعمل بصورة رئيسية عن طريق تحسين صحة السكان ككل، فى حين تترك أثراً أقل على الفوارق الصحية؟ ولأن هذين الاحتمالين غير متنافرين يمكن أن يتوقع المرء أن كلا النمطين يعمل. وتصبح المسألة عندئذ مسألة الأهمية النسبية لكل منهما.

ويبدو أن أحد المداخل للإجابة عن السؤال هو من خلال المقارنات الدولية. وعلى الرغم من أن الدول المختلفة تستخدم تصنيفات مختلفة للطبقات الاجتماعية مما يزيد من صعوبة مقارنة عدم المساواة الصحية دولياً، إلا أن بعض الباحثين السويديين مكننا من عقد مقارنات صحيحة إلى حد معقول للفوارق الطبقية الاجتماعية فى الوفيات بين السويد من جهة وإنجلترا وويلز من جهة أخرى (فاريجو Vagero ولندبرج Lundberg ١٩٨٩؛ ليون وآخرون .Leon *et al* ١٩٩٢). فقد تمت إعادة تصنيف عدد كبير من الوفيات السويدية حسب نظام تصنيف الطبقات الاجتماعية البريطانى. والمقارنة التى تجعلها إعادة التصنيف هذه ممكنة مفيدة بصورة خاصة؛ لأن توزع الدخل فى السويد أكثر مساواة بكثير منه فى إنجلترا وويلز. ويبين الشكلان (٥ – ٧) و (٥ – ٨) تدرج الطبقات الاجتماعية بالنسبة إلى وفيات الأطفال الرضع والبالغين الذكور الذين يتراوح سنهم بين (٢٠ – ٦٤) عاماً. (وللأسف لم ترد الأرقام الخاصة بالنساء.) وفى كلتا الحالتين فإن التدرج فى السويد أقل انحداراً وأقل ثباتاً بكثير منه فى إنجلترا وويلز. ولكن بالإضافة إلى أن التدرج الطبقى أكثر ضحالة، يمكننا أيضاً أن نرى

أن المجموعات التى تبلغ الوفيات فيها أسوأ نسبة فى السويد تقل معدلات الوفيات فيها عن وفيات أفضل المجموعات (الطبقة الاجتماعية الأولى) فى إنجلترا وويلز. وهكذا فعلى الرغم من أن فوارق الدخل وفوارق الوفيات أكبر فى إنجلترا وويلز منها فى السويد؛ فإن التحسن الظاهرى فى الوفيات فى السويد بالمقارنة مع إنجلترا وويلز لا يقتصر فقط على أكثر المجموعات الاجتماعية حرماناً. وإذا كانت الفوارق الأضيق فى الدخل - وهذا مجرد افتراض - هى الشىء الوحيد المطلوب للانتقال من الوضع الموجود فى إنجلترا وويلز بالنسبة للوفيات إلى الوضع السائد فى السويد، يبدو أن الجميع سيستفيدون، ولكن الفقراء نسبياً سيكونون أكبر المستفيدين.

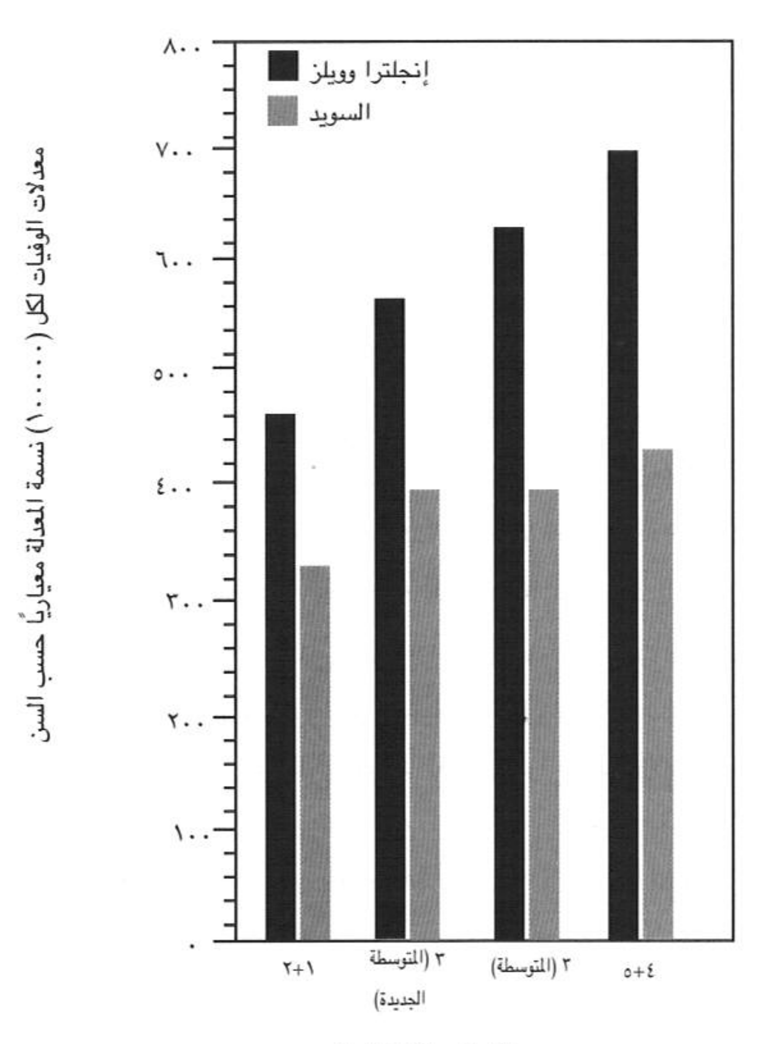
ولكن قد لا يكون كل شىء مطابقاً تماماً للشكل الذى يبدو عليه. فالأشخاص فى الطبقة الاجتماعية الأولى ليسوا أثرياء بصورة متساوية. فحيث إن هذا التصنيف تصنيف مهنى محض، يستمر تصنيف المحامين والأطباء فى الطبقة الاجتماعية الأولى حتى ولو كانوا بدون عمل. وإضافة إلى ذلك هناك فوارق واسعة فى مقادير الكسب ضمن كل مهنة. وهكذا فإن معدلات وفيات الطبقة الاجتماعية الأولى فى السويد قد تكون أدنى مما هى عليه فى إنجلترا وويلز لا لأن الأغنياء أيضاً يستفيدون من مزايا الفوارق الأقل فى الدخل؛ بل لأنه حتى ضمن الطبقة الاجتماعية الأولى توجد نسبة صغيرة من الفقراء الذين قد يكونون أقل فقراً حين تتقلص الفوارق فى الدخل.

الشكل (٥ - ٧): الفوارق الطبقية الاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في السويد مقارنة بإنجلترا وويلز



المصدر: ليون وآخرون .Leon *et al* ١٩٩٢ .

الشكل (٥ - ٨): الفوارق الطبقية الاجتماعية في وفيات الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين (٢٠ - ٦٤) سنة في السويد مقارنة بإنجلترا وويلز.



المصدر: د. فاغيرو D. Vagero و أ. لندبرغ O. Lundberg. " عدم المساواة في الصحة في بريطانيا والسويد." **لانسيت** : *Lancet* ١١ ص ٣٥-٣٦ . ١٩٨٩م.

وقد دُرست العلاقة بين الفوارق فى الدخل وعدم المساواة الصحية فى عدد أكبر من الدول؛ فبفحص بيانات من تسع دول صناعية وجد كونست Kunst ومكنباك Mackenbach (١٩٩٤) أن "ترتيب الدول على أساس عدم المساواة فى الدخل يتطابق بقوة مع ترتيبها على أساس عدم المساواة فى الوفيات." ومنذ ذلك الحين ذكر فان دورسلير وآخرون Doreslaer *et al.* أن أكبر الفوارق فى حالات المرض التى يبلغ عنها المريض نفسه هى فى الدول التى فيها أكبر فوارق فى الدخل (فان دورسلير وآخرون ١٩٩٦). وقد كانت العلاقة بين مقاييس عدم المساواة فى الدخل وفى المرض وثيقة جداً: ففى الولايات المتحدة الأمريكية وثمانى دول أوربية توافرت لديهم بيانات كان معامل الارتباط (٠,٨٧). وكانت الطرق التى استخدمت فى كل دراسة مختلفة تماماً. فقد صنف كونست وماكنباك الناس حسب المهنة فى إحدى دراستيهما وحسب التعليم فى دراسة أخرى، وتوصلا إلى أن الفوارق المهنية والتعليمية فى الوفيات أكبر فى الدول التى فيها فوارق أكبر فى الدخل. وعلى خلاف ذلك استخدم فان دورسلير وزملاؤه بيانات من مسوحات تورد تفاصيل الدخل بالنسبة للأشخاص أنفسهم وتورد الحالة الصحية حسب وصف صاحب العلاقة لها.

وقد يكون من المؤشرات الأخرى عما إذا كانت الفوارق الأقل فى الدخل تعود بالفائدة على صحة السكان ككل أم على أقلهم رفاهية فقط، التوصل إلى نسبة السكان الذين يكون لحصتهم من الدخل أوثق علاقة بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة. هل متوسط العمر المتوقع عند الولادة أوثق علاقة بحصة الدخل التى يحصل عليها أدنى (١٠) أو (٢٠) بالمائة من السكان، أم هل الحصة التى يتقاضاها أدنى (٥٠) أو (٦٠) أو حتى (٧٠) بالمائة أوثق علاقة بالمقاييس الوطنية للصحة؟

وفى أول مرة فحصتُ هذا السؤال فيها بدت النتائج واضحة إلى حد معقول. فباستخدام البيانات من الدول المبينة فى الشكل (٥ – ٣) وربط متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى كل دولة وحصة الدخل التى يحصل عليها أدنى (١٠) و (٢٠) و (٣٠) بالمائة من السكان وهكذا صعوداً حتى (٩٠) بالمائة، وجدت أن العلاقة تزداد قوة تدريجياً إلى أن وصلت إلى

حدها الأقصى قرب الحصة التى ينالها أدنى (٦٠) أو (٧٠) بالمائة، وبعدها تضعف العلاقة مرة أخرى (ولكنسون ١٩٩٢). وهكذا فالشكل (٥ - ٣) يبين متوسط العمر المتوقع عند الولادة مرسوماً بيانياً مقابل حصة الدخل التى يتلقاها (٧٠) بالمائة من السكان الأقل رفاهية. ولكن تلك النسبة كانت نسبة الأسر لا السكان. حيث إن الأسر الأكثر فقراً تميل لأن يكون لديها عدد من الأفراد أقل من الأسر الغنية (تأثير الأشخاص الفقراء الذين يعيشون بمفردهم أو على شكل أزواج يتفوق على تأثير الأسر الفقيرة الكثيرة الأطفال)، فإن أدنى (٦٠) إلى (٧٠) بالمائة من العائلات تتضمن نحو نصف السكان. وهكذا بدا أن الجواب هو أن أوثق علاقة لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة هى علاقته مع الدخول النسبية للنصف الأقل رفاهية من السكان.

لكن تحليلاً أحدث لبيانات توافرت منذ ذلك الحين بالنسبة لعدد أكبر من الدول المتقدمة جعل الصورة أكثر تعقيداً. فبدلاً من أن تكون العلاقة الأوثق مع أدنى (٥٠) بالمائة، كانت مع أفقر (٣٠) بالمائة. ومن الصعب تحديد أى الرقمين هو الدليل الأفضل، ومن المتوقع حقاً أن تختلف العلاقة باختلاف مدى الفقر النسبى للفقراء فى كل دولة. وبالإضافة إلى ذلك هناك مشكلة جودة البيانات. فقد اتضح أثناء تحليل البيانات اللاحقة أن الأرقام من بعض الدول قد تعرضت لتشويه بالغ من قبل أشخاص لا يستجيبون لمسوحات الدخل الشخصى.

إن جميع البيانات ترد من مسوحات رسمية للأسر يجرى فيها سؤال الأشخاص أسئلة تتعلق بدخولهم. وفى بضعة من هذه المسوحات لا ترد الأجوبة إلا من نحو (٥٠) إلى (٦٠) بالمائة من الأسر المأخوذة كعينة، وفى معظمها تقل نسبة الأجوبة عن (٧٥) بالمائة. ولسوء الحظ يميل الممتنعون عن الإجابة إلى التمركز بين الفقراء، وبين الأغنياء بدرجة أقل (و. ولف W. Wolf ١٩٨٨؛ ردباث Redpath ١٩٨٦). وهذا يعنى أن تمثيل الفقراء والأغنياء أقل مما ينبغى فى المسوحات ذات معدلات الإجابة المنخفضة. والنتيجة هى أن الفوارق فى الدخل تبدو أضيق مما هى عليه حقاً. وهذا التأثير هام جداً إلى حد أنه فى أحد مصادر البيانات يوجد الآن ارتباط ذو مغزى بين معدلات الإجابة المنخفضة فى مسوحات

الدخل واتساع توزع الدخل الذى يورده المصدر. (تعنى معدلات الإجابة المنخفضة أن تضيع ذيول توزع الدخل وتعطى صورة تبين توزعات أضيق للدخل). ورغم وجود طرق للتغلب الجزئى على هذه المشكلة، فإنها لا تعطى دليلاً أفضل حول ما إذا كان الرقم الذى يدور اهتمامنا حوله هو (٣٠) أو (٥٠) بالمائة من السكان. ويأتى فى مكان آخر بحث أكثر تفصيلاً لهذه القضايا التى تطرح مشكلات هامة فى وجه الأبحاث المستقبلية فى هذا المجال (ماكايزاك McIssac وولكنسون Wilkinson ١٩٩٦).

وتوجد هنا مشكلات تفسير أخرى عديدة. فقد تكون حصة الدخل التى يتلقاها (٣٠) أو (٥٠) بالمائة من السكان أقل أهمية بحد ذاتها من أهميتها باعتبارها بديلاً لتوزع الدخل الكامل. ولكن حتى لو كان الأمر كذلك فلن نستطيع أن نعرف منه ما هو أحسن مقياس لتوزع الدخل – هل هو معامل جينى المستخدم فى الشكل (٥ – ٦) ، أم حصة الدخل التى تتلقاها أفقر مجموعة سكانية، وهى التى تمثل كذا بالمائة، أم نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من كسر ما، مثل نصف متوسط الدخل؟ لسوء الحظ ليست البيانات الأساسية قوية بحيث تجيب عن هذه الأسئلة. وقد تكون للبيانات الأمريكية أفضل فرصة فى حل هذه القضايا؛ فالبيانات ليست متوافرة لخمسين ولاية فحسب، بل إنها أقل تأثراً بمستوى انخفاض الإجابات.

والشىء نفسه صحيح بالنسبة إلى الأسئلة حول معايير المساواة التى يجب استخدامها. ومعايير المساواة هى الاسم الذى يطلق على نظام تعديل إجمالى دخول الأسر لأخذ عدد الأشخاص الذين يعيشون فى كل أسرة بالاعتبار. فمن الممكن ببساطة تقسيم دخل الأسرة على عدد الأفراد فيها للحصول على دخل الأسرة لكل فرد. ولكن حيث إنه من الأرخص جداً لأربعة أشخاص مثلاً أن يعيشوا معاً ويشتركوا فى الغسالة والثلاجة وجهاز التلفاز وفواتير التدفئة وتكاليف الخدمات، يبدو من المناسب استخدام معيار مساواة يأخذ بالاعتبار مثل هذه التوفيرات. ولكن من الواضح أن توفيرات الجملة بالنسبة لأشياء مثل تكلفة التدفئة أكبر بكثير من توفيرات الجملة بالنسبة للطعام أو الملابس. والحكم على أى

الأشياء أهمية بالنسبة للرفاهة مسألة رأى شخصى، فليس هناك حتى الآن طريقة غير اعتباطية فى اختيار معايير للمساواة. وانطباعى هو أن معايير المساواة التى تركز على توفيرات الجملة التى تحققها الأسر الكبيرة، أى الأسر التى تكون أبعد ما يمكن عن دخل الأسر لكل لفرد، تنزع إلى أن تكون أوثق المعايير صلة بالصحة. ولو كانت البيانات جيدة إلى حد كافٍ لأمكن استخدام الصحة للحكم بين معايير المساواة المتنافسة وبيان أى منها يعطى أفضل دليل على الرفاهة. وكان هذا سيقدم إسهاماً مهماً فى النقاشات حول مقاييس الفقر وفى تحديد الإعانات الاجتماعية. وربما تتحسن نوعية البيانات يوماً ما بشكل يكفى لمعالجة تلك المهمة.

وبالعودة إلى موضوع أية نسبة من السكان تمثل حصة دخلها أقرب الحصص صلة بمعدلات الوفيات القومية يواجهنا تناقض ظاهرى آخر. فإذا كانت حصة الدخل التى تحظى بأكبر قدر من الأهمية تخص نسبة عالية من السكان، ولنقل أنها (٧٠) بالمائة، سنكون على ثقة من أن لتوزع الدخل تأثيرات على الصحة منتشرة انتشاراً واسعاً فى المجتمع. أما إذا تبين أن حصة الدخل التى يتلقاها أدنى (١٠) أو (٢٠) بالمائة من السكان هى التى تحظى بأكبر قدر من الأهمية؛ يبقى بإمكاننا افتراض أن التأثيرات الصحية واسعة الانتشار على أساس أن التغييرات فى معدلات وفيات (١٠) إلى (٢٠) بالمائة فقط لا يمكن أن تؤثر تأثيراً كافياً على معدلات الوفيات القومية. وعندئذ سيبدو أن فقر هؤلاء يؤثر فى الحياة الاجتماعية بشكل أوسع انتشاراً.

ويوفر حجم الاختلافات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين الدول الأكثر مساواة والأقل مساواة مؤشراً آخر على نسبة السكان الذين تخصهم هذه العلاقة. فالفوارق أكبر بكثير من أن تفسَّر باستبعاد العوامل السلبية المتعلقة بالوفيات لدى نسبة السكان المصنفة على أنها الطبقتان الاجتماعيتان الرابعة والخامسة (العمال اليدويون نصف المهرة وغير المهرة وعائلاتهم). فلن ينتج عن ذلك سوى ربع فارق متوسط العمر المتوقع عند الولادة البالغ سنتين والذى يفصل بين الدول الأكثر مساواة والدول الأقل مساواة فى الشكلين

(٥ – ٣) و (٥ – ٦). ويبدو أن هذا دليل جيد على وجود تأثير على الوفيات أكثر انتشاراً. ولكن حتى فى هذه النقطة توجد مشكلة خطيرة. فمقاييس الفوارق فى الوفيات ضمن مجموعة سكانية تتأثر بقوة (كما شاهدنا فى الفصل الرابع) بدقة التصنيف الاجتماعى المستخدم وكونه مناسباً. إننا ببساطة لا نعرف المدى الذى سيكون عليه كبر الفوارق فى الوفيات لو أن تصنيفاً اجتماعياً مناسباً طبق على السكان بأكملهم. وبالحكم من دراسة وايتهول لموظفى الخدمة المدنية، لا يبدو أن هناك سبباً للاعتقاد أن الفوارق لن تكون أكثر مرتين أو ثلاثة من فوارق الضعفين المبينة فى الإحصائيات الرسمية للسكان ذوى النشاط الاقتصادى. وإذا كان الأمر كذلك، فإن استبعاد العوامل السلبية المتعلقة بالوفيات لدى أدنى (٣٠) بالمائة من السكان أو ما يقارب تلك النسبة قد يسبب اختلافاً كافياً فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

ويمكن للقارئ الآن أن يرى مدى عدم التأكد. إننا نعرف أن ازدياد المساواة فى الدخل يزيد متوسط العمر المتوقع عند الولادة، ونحن على ثقة أن ذلك يعود جزئياً، وربما إلى حد كبير، إلى تأثير على صور عدم المساواة الصحية. والعلاقة الدولية التى تظهر أن عدم المساواة تكون أوسع عندما تزداد الفوارق فى الدخل هى دليل على ذلك. (كونست Kunst ومكنباك Mackenbach ١٩٩٤؛ فان دورسلير وآخرون .van Doreslaer *et al* ١٩٩٦). ولكنه من غير الواضح إلى أى مدى ينبغى أن تكون الدخول النسبية منخفضة كى تؤثر على الصحة، كما أنه من غير الواضح إلى أى مدى يمكن للصحة بين ذوى الدخول الأفضل أن تستفيد أيضاً مما يمكن تسميته الآثار "الزائرة" لخفض الحرمان النسبى فى أماكن أخرى فى ذلك المجتمع.

كانت نظرتنا حتى الآن مقتصرة بشكل شبه تام على البيانات الدولية لتوزع الدخل ومعدلات الوفيات القومية. ويمكن جمع أدلة على الطريقة التى يغذى انعدام المساواة فى الدخل فيها عدم المساواة الصحية وبالتالى معدلات الوفيات القومية من التغير الذى طرأ مع مرور الزمن داخل بريطانيا. ولكن النظر إلى العلاقة بين التغيرات السنوية فى توزع

الدخل والتغيرات السنوية فى العمر المتوقع فى بريطانيا ليس المدخل الصحيح؛ فبيانات توزع الدخل البريطانية تأتى من مسح المصروفات العائلية Family Expenditure Survey الذى يتصف بالإضافة إلى ما فيه من خطأ المعاينة المعتاد بمعدل امتناع عن الإجابة يزيد عادة على (٣٠) بالمائة. ولأن توزع الدخل فى الحقيقة يتغير ببطء شديد، ففى معظم الفترات سيكون جزء كبير من التغير السنوى فى توزع الدخل المسجّل مستمداً من خطأ المعاينة والاختلافات فى مستوى الانحياز الذى تسببه معدلات الامتناع عن الإجابة. وفوق ذلك توجد بعض التقلبات العشوائية فى المتوسط السنوى للعمر المتوقع عند الولادة السنوى سببها أشياء مثل الدورات الاقتصادية، وكون درجات الحرارة فى الشتاء أعلى أو أدنى من المعتاد، والأوبئة العارضة من الأمراض السارية. والنتيجة هى أن ربط التغيرات السنوية بعضها ببعض يقتضى ضمناً ربط خطأ المعاينة فى أرقام توزع الدخل مع التقلبات العشوائية فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة. وحتى لو لم يوجد التشويش على النظام من هذه المصادر قد تستدعى الحاجة أن يتاح المجال لفترات فاصلة قبل أن تتضح أية علاقات.

وعلى الرغم من أن هذه المشكلات تعنى أنه من غير المحتمل العثور على أية علاقة بين التغيرات السنوية فى توزع الدخل والوفيات؛ فإنها لا تنفى احتمال إمكانية اكتشاف علاقات على فترات طويلة، حين تتحسن نسبة التشوش العشوائى إلى التغيرات الحقيقية التى تسجلها البيانات تحسناً كبيراً.

إن أفضل مقاييس الفوارق الطبقية الاجتماعية فى الوفيات عبر فترة طويلة هى أرقام منقحة مبنية على ملحقات المسجّل العام العقْدية حول الوفيات المهنية The Registrar General's Decennial Supplements on Occupational Mortality المتوافرة للأعوام ١٩٢١ و ١٩٣١ و ١٩٥١ و ١٩٦١ و ١٩٧١ و ١٩٨١م (باموك Pamuk ١٩٨٥). لقد رأينا فى الفصل السابق كيف قامت باموك بقياسات طويلة الأمد لفوارق الوفيات الطبقية الاجتماعية. وقد قاس مؤشر ميل عدم المساواة الذى وضعته الفوارق على مدى المجموعة السكانية بأكملها وليس بين الطبقتين المتطرفتين فحسب. كما أنها أخذت بعين الاعتبار آثار التغير

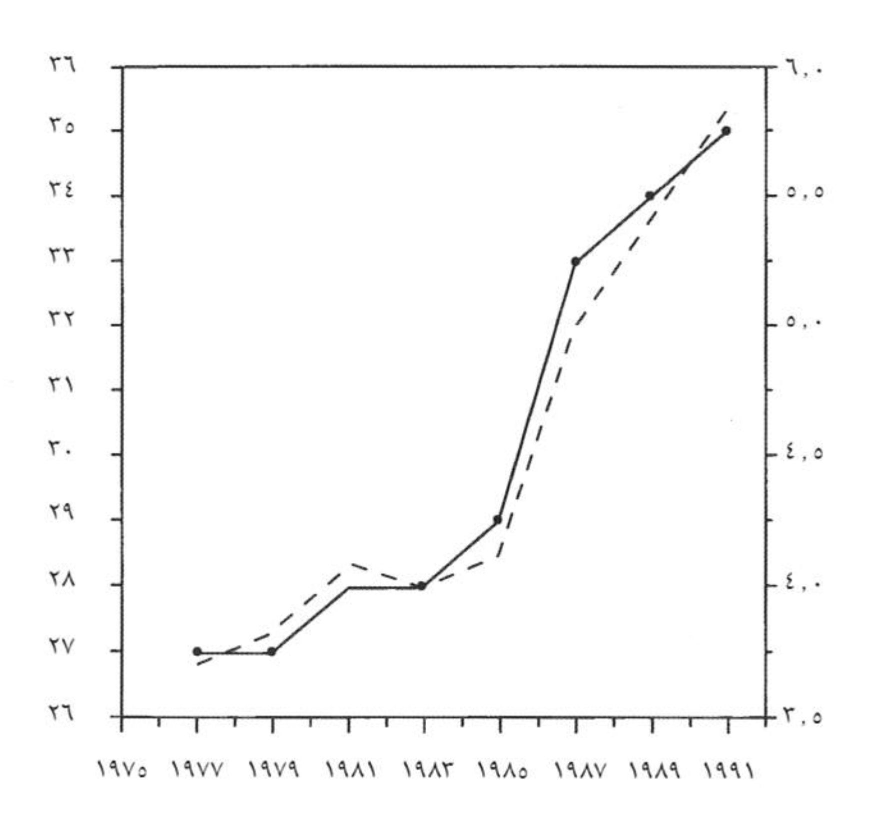
فى التصنيف الطبقى للمهن والنسبة المتغيرة من السكان فى كل مهنة. وأعطت النتائج رؤية جيدة لما حدث للفوارق الطبقية الاجتماعية فى الوفيات. فبصورة أساسية انخفضت الفوارق فى الوفيات قبل الحرب ووصلت إلى أدنى حد لها فى عام ١٩٥١م، ثم أخذت فى الاتساع فى كل عقد تلا ذلك، رغم أن اتساعها فى العقد ١٩٦١-١٩٧١م كان شديد الضآلة. ويتطابق هذا إلى حد معقول مع ما حدث للفقر النسبى (ولكنسون ١٩٨٩). فعلى الرغم من أن البطالة كانت واسعة الانتشار فى عام ١٩٣١م فقد كانت مشابهة إلى حد معقول لمستويات البطالة عام ١٩٢١م بعد إلغاء التعبئة. ولكن الفارق الكبير بين ١٩٢١ و ١٩٣١م يعكس النمو الكبير لدولة الرفاهة وإدخال التأمين ضد البطالة والتأمين ضد المرض والمعاشات. ومن الناحية النسبية كان الفقراء والعاطلون عن العمل فى حال أفضل بكثير عام ١٩٣١م مما كانوا عليه فى عام ١٩٢١م.

ولأن التصنيف الطبقى الاجتماعى للوفيات هو تصنيف يقتصر على السكان القائمين بنشاط اقتصادى والذين هم فى سن العمل (وفيهم العاطلون عن العمل المسجلون)؛ فإن الاتجاهات فى الفقر بين مجموعات السكان الأخرى لا يمكن تطبيقها بصورة مباشرة. والتغيرات فى الفقر بين عديمى النشاط الاقتصادى أقل أهمية بكثير من البطالة ومن توزع الأجور المكتسبة.

وبحلول عام ١٩٥١م كان الفقر النسبى والبطالة قد خفَّضا إلى جزء من مستوياتهما قبل الحرب. وقد شهدت الحرب العالمية الثانية محواً عملياً للبطالة وتضييقاً كبيراً لفوارق الدخل. ومنعت حكومة حزب العمل التى قامت بعد الحرب تكرار كارثة البطالة التى حدثت فوراً بعد الحرب العالمية الأولى، وتوسعت دولة الرفاهة إلى حد كبير. وربما تكون أواخر الأربعينيات وأوائل الخمسينيات من القرن العشرين قد شهدت بريطانيا وهى فى أكثر أحوالها مساواة فى فترة سلمية. وقد وجد مسح للفقر أجرى فى أوائل الخمسينيات من القرن العشرين أن نحو (٨) بالمائة فقط من السكان يعانون فقرًا نسبيًا. ولو أجرى تقدير بمقياس مماثل بصورة تقريبية فى أوائل التسعينيات لأوحى أن نسبة الفقر النسبى بلغت

ثلاثة أضعاف على الأقل. كما أن الفوارق الطبقية فى معدلات الوفاة بلغت أدنى مستوى مسجَّل لها فى أرقام عام ١٩٥١م. ولكن منذ ذلك التاريخ ارتفعت معدلات البطالة بشكل متسارع تدريجياً واتسع نطاق الفوارق الصحية. وشهدت الفترة ١٩٥١ - ١٩٦١م اتساعاً كبيراً بصورة خاصة فى نطاق فوارق الوفيات بعد إزالة تقنين الطعام وعدد من الضوابط الأخرى التى كانت مطبقة بعد الحرب. ويبين المسح القومى للأغذية أنه منذ منتصف الخمسينيات من القرن العشرين أخفقت نسبة متزايدة من السكان فى الوصول إلى المستويات الموصى بها من تناول المواد المغذية (لامبرت Lambert ١٩٦٤). وفى الفترة بين ١٩٥٣ - ١٩٥٤م و ١٩٦٠م حصلت زيادة مقدارها نحو (٦٠) بالمائة فى نسبة السكان الذين يعيشون فى مستوى يقل عن (١٤٠) بالمائة من مستوى "المساعدة الوطنية" القديمة. ولم يكن التدهور طفيفاً إلا خلال الستينيات، ولكنه عاد ليكون ملحوظاً بشكل أكبر فى الفترة ١٩٧١ - ١٩٨١م. وفى السبعينيات والثمانينيات ازدادت البطالة زيادة سريعة بشكل خاص. ورغم أنها انحسرت نحو عام ١٩٧٥-١٩٧٦م فقد ازداد الفقر النسبى فى أواخر السبعينيات وزادت سرعة ازدياده فى الثمانينيات، وخاصة فى أواخرها. هناك إذن دليل على تطابق تقريبى بين ما يحدث لصور عدم المساواة الصحية والفقر النسبى بين السكان النشطين اقتصادياً خلال السنوات ١٩٢١ - ١٩٨١م (ولكنسون ١٩٨٩).

الشكل (٥ - ٩): الفوارق المتنامية فى الدخل: توزع الدخل الممكن التصرف فيه معدلاً حسب حجم الأسر فى المملكة المتحدة.



—●— عامل جينى: مقياس عدم المساواة بالنسبة المئوية (المحور الأيسر).

- - - نسبة دخول أغنى (٢٠) بالمائة إلى أفقر (٢٠) بالمائة (المحور الأيمن).

ملاحظة: يقيس معامل جينى درجة عدم المساواة فى الدخل - ليس بين الأغنياء والفقراء فحسب، بل فى المجموعة السكانية بأكملها. وكلما كبر المعامل تزداد درجة عدم المساواة. ولو كان الجميع يحصلون على الدخل نفسه لكان المعامل يساوى الصفر فى المائة. ولو حصل شخص واحد على الدخل بأكمله ولم يحصل الآخرون على أى شىء لكان المعامل (١٠٠) بالمائة.

المصدر: مكتب الإحصائيات المركزى. **اتجاهات اقتصادية** ٤٧٥: ص ١٢٩ .

مع الشكر لـ (أ.ب. أتكنسون A.B. Atkinson)

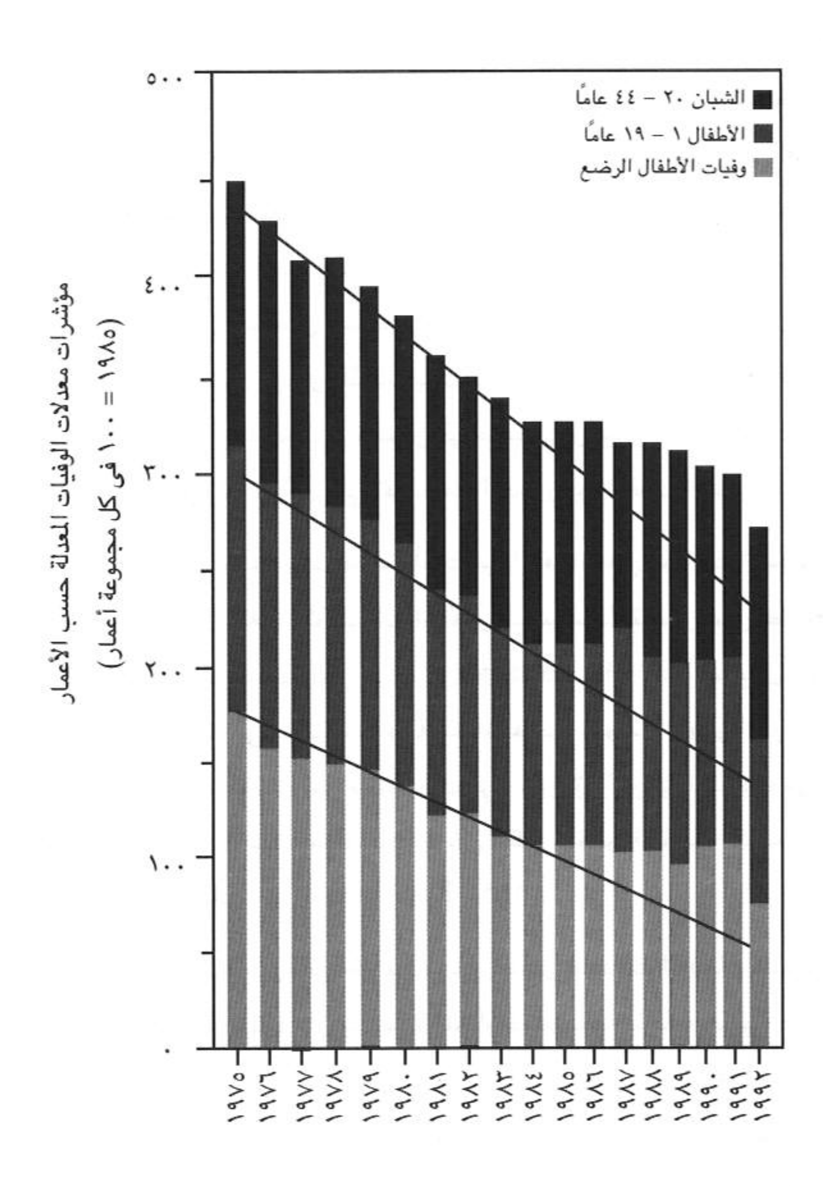
ومن المرجح أن أرقام الوفيات المهنية لعام ١٩٩١م حين تتوافر ستظهر التأثير المستمر للفقر النسبى المتزايد. ونستطيع من الآن رؤية آثار اتساع الفوارق فى الدخل على التباينات المحلية وعلى معدل الانخفاض فى معدلات الوفيات القومية. فبدلاً من التغيرات المعتادة البطيئة نوعاً ما فى توزع الدخل، اتسعت فوارق الدخل بسرعة شديدة فى ظل حكومة ثاتشر فى أواخر الثمانينيات من القرن العشرين. والاتجاهات مبينة فى الشكل (٥ – ٩). يسجل كل من معامل جينى ونسبة دخول أدنى (٢٠) بالمائة إلى دخول أعلى (٢٠) بالمائة من السكان المبينة فى الشكل اتساعاً بطيئاً فى فوارق الدخل حتى منتصف الثمانينيات، يتلوه بدءاً من عام ١٩٨٥م اتساع أكثر سرعة. ويكاد المعدل الذى ازداد به مستوى عدم المساواة خلال تلك الفترة لا يكون له سابقة. ومن بين دول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية شهدت نيوزيلندا وحدها سرعة أكبر فى اتساع فوارق الدخل (هيلز Hills ١٩٩٤). وبينما اعتاد علماء الاقتصاد على بحث الاستقرار الغامض طويل الأمد فى توزع الدخل؛ اتسعت فى أواخر الثمانينيات الفجوة بين الأغنياء والفقراء بسرعة تكفى لجعل البحث عن تأثير ذلك على أرقام الوفيات السنوية أمراً يستحق العناء.

ومعظم النمو فى عدم المساواة فى الدخل حدث بين الأشخاص الذين فى سن العمل وأولادهم. فالفقر النسبى بين كبار السن لم يزدد إلا بمقدار طفيف جداً خلال تلك الفترة. ومجموعات الأعمار الأصغر سناً هى التى نجد بينها تأثير اتساع فوارق الدخل على الوفيات. ويبين الشكل (٥ – ١٠) ما حدث لمعدلات الوفيات السنوية لكلا الجنسين معاً فى ثلاث فئات لأعمار مختلفة: وفيات الأطفال الرضع فى الشريط السفلى من كل عمود، ووفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (١ – ١٩) سنة فى الوسط، ووفيات البالغين بين (٢٠ – ٤٤) عاماً فى الشريط العلوى. وقد جُعلت القيم فى كل من مجموعات الأعمار مساوية لـ (١٠٠) فى عام ١٩٨٥م لتسهيل مقارنتها جميعاً فى الشكل البيانى نفسه. والخطوط المائلة خلف الأعمدة هى خطوط انحدار تبرز الاتجاهات المنحدرة فى معدلات الوفيات فى الفترة ١٩٧٥ – ١٩٨٤م. وهى تبين معدلات الوفيات كما كانت ستبلغ لو أن معدل الانخفاض نفسه استمر خلال الفترة بأكملها. وتبين الأعمدة المظللة بوضوح أن معدل انخفاض الوفيات تباطأ بدءاً من

عام ١٩٨٥م فى كل مجموعة أعمار. (وقد لفت التقرير السنوى لكبير المسئولين الطبيين The Chief Medical Officer لعام ١٩٩٠م الانتباه إلى هذا الاتجاه المقلق معتقداً أن معدلات الوفيات فى مجموعة الأعمار بين (١٥ - ٤٤) عاماً ازدادت فعلياً فى تلك الفترة) (وزارة الصحة ١٩٩١). وتنميط الأعمار فى مجموعات تغطى كل منها خمسة أعوام - كما هو مبين هنا - يوضح أن الاتجاه العام كان مجرد إخفاق فى الانخفاض. وتبين الفجوة التى تتشكل بين أجزاء الأعمدة لكل مجموعة من الأعمار والخطوط المائلة إلى أى حد كانت معدلات الوفيات ستكون أقل انخفاضاً فى أواخر الثمانينيات لو أن معدل الانحدار الذى شهدته فترة ١٩٧٥ - ١٩٨٤م بقى على ما كان عليه.

ومن الواضح أن هناك تطابقًا مدهشًا بين فترة اتساع الفوارق فى الدخل وتباطؤ معدل التحسن فى معدلات الوفيات القومية فى فئات الأعمار الثلاث هذه. ولكن هل هذا مجرد تطابق بالصدفة؟ وما هى الأسباب الأخرى للاعتقاد أن الأمرين مرتبطان سببياً؟ إن أدلة قوية على ترابطهما تأتى من نتائج ثلاث دراسات منفصلة. وقد قارنت جميع هذه الدراسات التغيرات فى الحرمان الاجتماعى - الاقتصادى مع التغيرات فى معدلات الوفيات فى مناطق صغيرة من إنجلترا وأسكتلندا بين التعدادين السكانيين فى ١٩٨١ و١٩٩١م . وقد توصلت جميعها إلى أن الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية بين الدوائر الانتخابية اتسعت خلال العقد، وأن هذا صاحبه اتساع فى فوارق معدلات الوفيات. وقد وجدت دراسة فى أسكتلندا أن معدلات الوفيات ازدادت بين الراشدين الشباب من الذكور والإناث الذين يقطنون فى مناطق الرمز البريدى التى تعانى قدراً أكبر من الحرمان (ماكلون McLoone وبودى Boddy ١٩٩٤). وفى دراسة (سبق ذكرها) تناولت (٦٧٨) دائرة انتخابية فى المنطقة الشمالية من إنجلترا تبيَّن مرة أخرى أن معدلات الوفيات ازدادت بين الراشدين الشباب فى أكثر الدوائر فقراً (فيليمور وآخرون Phillimore *et al.* ١٩٩٤). كما توفر أيضاً دليلٌ على وضع سلبى متفاقم بالنسبة للوفيات ضمن جلاسجو Glasgow مرتبط بتزايد الحرمان النسبى (ماكارون وآخرون McCarron *et al.* ١٩٩٤؛ مجلس الصحة فى جلاسجو الكبرى ١٩٩٣).

الشكل (٥ - ١٠): مؤشرات تبين التغيرات فى معدلات الوفيات بين الشبان والأطفال والرضع (الذكور والإناث معاً، إنجلترا وويلز ١٩٧٥-١٩٩٢)



المصدر: ولكنسون Wilkinson ١٩٩٤ج.

من الواضح إذن أن التباطؤ فى معدل تحسن معدلات الوفيات القومية الذى حدث فى بريطانيا، وشمل جميع فئات الأعمار الأدنى من (٤٥) سنة لم يتطابق فقط مع اتساع فى فوارق الدخل لم يسبق له مثيل فى سرعته، لكنه عكس أيضاً اتجاهات سلبية فى أكثر المناطق فقراً. فمع ازدياد الحرمان فى تلك المناطق؛ ارتفعت الوفيات فعلياً بين بعض فئات الأعمار. وفى مجموعات أعمار أخرى لم ترتفع وإنما ببساطة توقفت عن الهبوط. ولكن فى كلتا الحالتين من الصعب تفادى الاستنتاج بأن الاتجاهات فى معدلات الوفيات القومية تدهورت نتيجة آثار اتساع فوارق الدخل على أكثر الفئات حرماناً. ويجب وضع هذه الاتجاهات مقابل التحسن المستمر فى الوفيات الذى يحدث عادة حين لا يطرأ تغير فى توزع الدخل. وخلال أواخر الثمانينيات من القرن العشرين كانت هناك نسبة عالية من السكان الذين لم يشهدوا أى تحسن فى معدل الوفيات، والتحسنات بين المجموعات الأفضل حالاً توازنت بشكل كلى تقريباً مع التدهور بين الفئات الأسوأ حالاً.

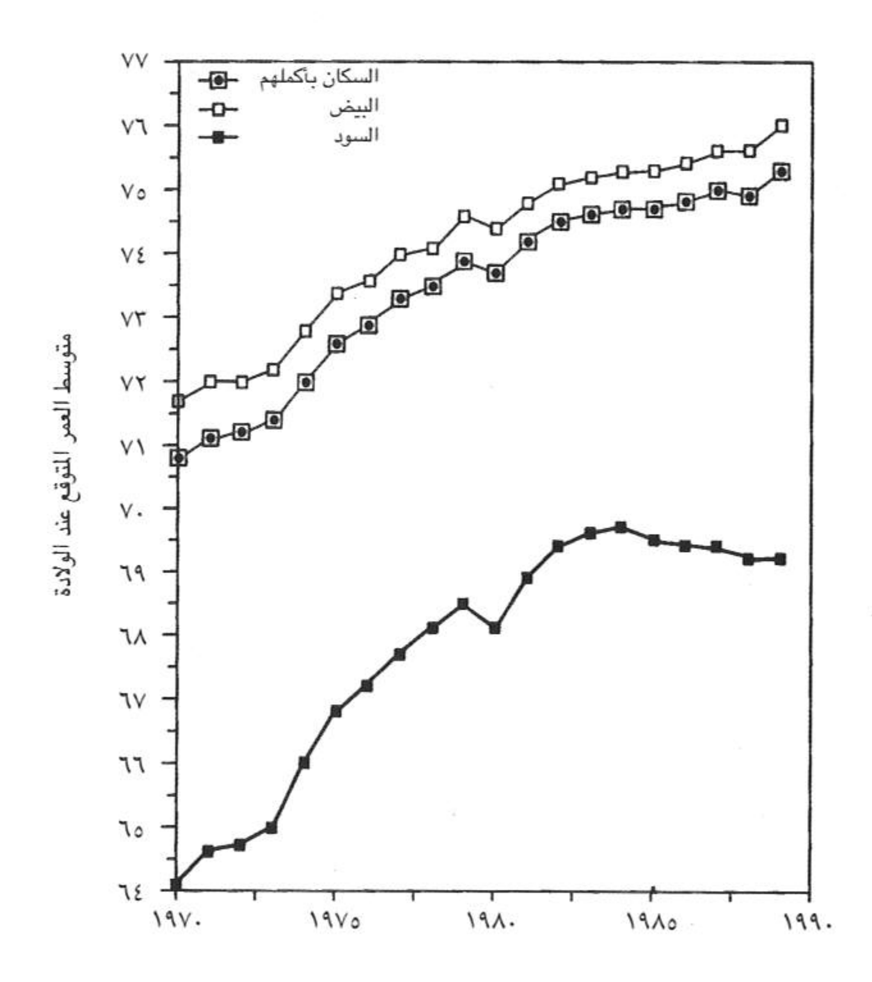
ومن المحتمل أن عمليات مماثلة أثرت فى الوفيات فى الولايات المتحدة. فمع اتساع الفوارق فى الدخل خلال الثمانينيات انخفض أيضاً معدل تحسن متوسط العمر المتوقع عند الولادة للسكان (كوتشانك وآخرون .Kochanek *et al* ١٩٩٤). وكما يبين الشكل (٥ – ١١)، ترافق التباطؤ القومى بصورة خاصة مع انخفاض متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين السكان السود. وكانت أكبر مساهمات فى الفوارق العرقية المتزايدة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة هى مساهمات مرض القلب ونقص المناعة المكتسب (الإيدز) والقتل والحوادث (كوتشانك .Kochanek *et al* ١٩٩٤).

ويوحى اكتشاف أن التباطؤ فى معدل تحسن معدلات الوفيات القومية فى بريطانيا والولايات المتحدة مرتبط بازدياد عدم المساواة الصحية بإجابة جزئية عن سؤالنا السابق عن حجم نسبة السكان التى تتعرض للتأثيرات الصحية الناجمة عن اتساع الفوارق فى الدخل. ورغم أننا لا نعرف ما إذا كانت المجموعات المتمتعة بقدر أكبر من المزايا شهدت أيضاً تباطؤاً فى انخفاض معدلات وفياتها (فالأمريكان البيض يشملون الفقراء من البيض)،

فإننا نعرف أن ازدياد دخولها النسبية لا يؤدى إلى تسارع معوِّض فى انخفاض معدلات وفياتها يعدِّل تأثير الضرر الذى يحدث بين الفئات الأقل ثراء. وإذا كان الدخل النسبى إذن له تأثير على الصحة كمفهوم تجريدى؛ فإن المرء يستغرب إذا لم تؤد الزيادات فى الدخول النسبية للفئة الموجودة أصلاً فى أعلى المجموعة إلى تحسنات أسرع فى صحة تلك الفئات. ولكن بالتفكير فى هذا الأمر ضمن أى نطاق عملى لا يوجد أى سبب لأن تتحسن صحة الأغنياء نتيجة ازدياد التوترات الاجتماعية واليأس والتفسخ فى المناطق الداخلية فى المدن. ولا يقترح أحد أن صحة الأغنياء يمكن أن تستفيد بأى شكل من كون معدلات الوفيات فى هارلم فى نيويورك بالنسبة لمعظم الأعمار أعلى مما هى عليه فى ريف بنغلادش (ماكورد McCord وفريمان Freeman ١٩٩٤). إن تفسخ تلك المناطق، الذى يرتبط عادة بالجريمة والمخدرات والعنف، هو تهديد واضح لأمن السكان وخيرهم على نطاق أوسع بكثير؛ لذلك يتوقع المرء أنه فى حين أن التأثير الرئيسى لتوزع الدخل على معدلات الوفيات القومية يأتى من تأثيره على الأقل ثراء، ستكون هناك أيضاً آثار زائرة أكثر اتساعاً بين الأكثر ثراء.

وفى معظم تصميمات البحوث لا يمكن وضع أى تمييز بين الدخل النسبى والمطلق. وإذا كان دخل شخص أعلى من دخل شخص آخر، فهو أعلى وفق كلا المفهومين النسبى والمطلق. وبالتسليم بأنه من المستحيل فحص تأثير مستويات المعيشة المختلفة على أفراد معزولين اجتماعياً على طريقة روبنسون كروسو Robinson Crusoe؛ فالطريقة الوحيدة التى يمكننا بها تمييز الآثار الاجتماعية لفوارق الدخل عن الآثار اللاجتماعية لمستويات المعيشة المادية بحد ذاتها هى مقارنة فوارق الدخل بين مجتمعات تكون المقارنات الاجتماعية فيها داخلية بأكملها ومقارنة الفوارق ضمن تلك المجتمعات. وهذا ما فعلناه حين قارنا متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع إجمالى الناتج القومى للفرد بين الدول وتوزع الدخل ضمنها؛ فالحقيقة هى أن توزع الدخل يكون فى المجتمعات لا الأفراد.

الشكل (٥ – ١١): الاتجاهات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين السود والبيض فى الولايات المتحدة الأمريكية (الذكور والإناث معاً)



المصدر: كوتشانك وآخرون Kochanek *et al.* ١٩٩٤ .

وعلى الرغم من أنه على المستوى الفردى يستحيل تمييز الدخل النسبى عن الدخل المطلق، فقد يساعدنا إلقاء نظرة مختصرة على أدلة من البيانات الفردية على أن الدخل – فى أى شكل كان – هو بالتأكيد عامل محدد هام بالنسبة للصحة. ولقد سبق أن شاهدنا مثالين عن البيانات التى تبين ارتباطات قوية فى المقاطع النموذجية. أحدهما وهو المثال المبين فى الشكل (٥ – ١) (صفحة ١٠٠) كان مثالاً على الوفيات مستخدماً بيانات من دراسة اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة (ديفى سميث وآخرون .Davey Smith *et al* ١٩٩٦). والمثال الآخر هو ربط فان دورسلير وآخرون .van Dorslaer *et al* بين الدخل والمرض الذى يذكره صاحب العلاقة بنفسه فى تسع دول مختلفة (انظر الصفحة ١٢٠). لكن عمليات الربط التى لا تخضع لضوابط لا تخبرنا سوى القليل عن السببية. وقد وجدت دراسة مقاطعة ألاميدا Alameda County التى تابعت مجموعة سكانية فى كاليفورنيا أن الدخل على علاقة وثيقة بالصحة حتى بعد الضبط باستخدام سبعة عوامل أخرى متعلقة بالصحة (سليتر وآخرون .Slater *et al* ١٩٨٥). ولكن من الممكن دائماً القول إن الأغنياء يختلفون عن الفقراء بطرق ليس من السهل تحديدها، وبالتالى قياسها وضبطها بصورة فعالة. وحتى لو كانت مجموعة من الأشخاص متماثلة فيما يتعلق مثلاً بالتعليم والسلوك المرتبط بالصحة والطبقة الاجتماعية، فلا يزال بالإمكان تخيل أن يتمتع الأغنى بين أفرادها بصحة أوفر؛ لأن لديهم قدراً أكبر من المبادرة أو أى شىء آخر مما لم يتم قياسه. ويمكن قول الشىء نفسه إذا درست أفراداً على مدى فترة زمنية وهم يزدادون ثراء أو فقراً، فمن الممكن أن تبقى فوارق غير ملحوظة بين الذين يزدادون ثراء أو فقراً.

وأحد الأبحاث التى حاولت الالتفاف حول بعض هذه المشاكل قام بذلك عن طريق دراسة آثار تغيرات الدخل لم يتم فيها اختيار الأشخاص لأنفسهم بأنفسهم. فقد ألقت نظرة لاكتشاف ما إذا كانت توجد علاقة بين التغيرات فى الدخل ومعدلات وفيات الأشخاص بين عامى ١٩٧١م و ١٩٨١م لدى نحو (٦٤) مجموعة مهنية مختلفة يمكن تحديدها عند نهاية كل فترة (ولكنسون ١٩٩٠). وكان السؤال هو ما إذا كانت مراكز المهن المتغيرة فى "جدول فئات" الوفيات المهنية متعلقة بتغيرات فى مراكزها فى فئة الأجور المهنية. وبصورة عامة، تتقرر فوارق الأجور

المتغيرة بين المجموعات المهنية بفعل قوى اقتصادية مجردة والتغيرات فى التقنية ووضع السوق والمنافسة الدولية، وليس بفعل الصفات الشخصية للأفراد العاملين فى تلك المهن. والمشكلة المنهجية الوحيدة فى هذا التصميم للبحث كانت أنه إذا انتقلت المهن انتقالاً ملموساً صعوداً أو هبوطاً فى فئة الأجور، فقد يسبب ذلك شيئاً من الاختيار الانتقائى لأعضاء جدد فى المهنة أو فقدان بعض الأشخاص من تلك المهن. وليس من الواضح حين يهبط مستوى مهنة معينة ما إذا كان أقل العاملين بها صحة يصبحون فائضين عن الحاجة أولاً أم الأفضل صحة الذين يسرعون إلى ترك المهنة للعثور على أعمال أفضل. ولكن كان من الممكن ضبط الدراسة حسب التغيرات فى حجم المهن مما يأخذ بعين الاعتبار إحدى العمليتين الانتقائيتين أيما كانت آثارهما. وأجرى تنقيح آخر للدراسة وهو قصر المقارنات على الفئة نفسها فى كل مهنة مع ازدياد سن أعضائها خلال العقد. ومعنى ذلك هو أن يُقارَن على سبيل المثال أشخاص فى الثلاثينيات أو الأربعينيات من العمر فى عام ١٩٧١م مع الأشخاص الذين بلغت أعمارهم الأربعين أو الخمسين فى عام ١٩٨١م. ومن المرجح أن هذا ساعد فى ضمان أن نسبة عالية من الأشخاص أنفسهم دخلت فى المقارنة عند كل من النقطتين الزمنيتين، إذ حتى لو غير شخص الجهة التى يعمل لديها عدة مرات؛ فإن معظم المدرسين يبقون مدرسين ومعظم سائقى القطارات يبقون سائقى قطارات. وقد أظهرت نتائج البحث بوضوح أن التغيرات فى موضع المهنة فى فئة الوفيات ترتبط بعلاقة وثيقة مع التغيرات فى نسبة الأشخاص فى تلك المهنة العاطلين عن العمل، أو الذين يكسبون أجوراً قليلة. وبشكل مستقل ارتبطت الزيادات فى نسبة العاطلين عن العمل ونسبة ذوى الأجور القليلة مع التدهور فى موضع المهنة المعنية فى فئة الوفيات.

وقد أجريت تجربة ضبط لآثار تغير الدخل كان الانتقاء فيها عشوائياً على نحو حقيقى. وصممت التجربة لفحص الآثار الاقتصادية والاجتماعية لنظام مقترح لضريبة دخل سلبية فى جارى Gary بولاية إنديانا الأمريكية (كيرر Kehrer وولين Wolin ١٩٧٩). وللأسف كانت النتائج الصحية الوحيدة التى تم قياسها هى الحمل والولادة. وقد اقتصر تركيز الدراسة على السكان ذوى الدخل المنخفض الذين وزعوا عشوائياً بين الاستمرار فى نظام

الإنعاش الاجتماعي العادي أو تلقى ضريبة الدخل السلبية. وقد انتهى الأمر بالنسبة للمجموعة التي تلقت ضريبة دخل سلبية بأن حصلت دخولاً يزيد متوسطها بنحو (٥٠) بالمائة على متوسط دخول العائلات في مجموعة الضبط. ووجدت الدراسة أنه في كل مجموعة من أربع مجموعات من النساء المتعرضات لنسبة عالية من خطر ولادة أطفال قليلي الوزن، كان أطفال النساء اللواتي تلقين ضريبة دخل سلبية أكبر وزناً بصورة ملموسة.

ويفترض عادة أن الرابطة بين هذا النوع من الأدلة، التي توحي أن الدخل مرتبط بالصحة بعلاقة سببية وتوحي بعلاقة بين متوسط الصحة وتوزع الدخل، تعتمد على بيان أن التغيرات في الدخل لها تأثير أكبر على صحة الفقراء من تأثيرها على صحة الأغنياء. وقد اعتقدتُ في بداية الأمر أنه ما لم يكن الأمر كذلك، فلا جدوى من البحث عن علاقة بين توزع الدخل ومعدلات الوفيات القومية. وبدا أن السؤال هو ما إذا كانت علاقة الدخل والوفيات تنحني بشكل يجعل أخذ (١٠٠) جنيه إسترليني من الأغنياء وإضافتها إلى دخول الفقراء سيزيد صحة الفقراء أكثر مما ينقص صحة الأغنياء.

وكانت الأدلة من تحليل التغيرات في الدخول المهنية ومعدلات الوفيات (التي ورد بحثها سابقًا) قد أوحت أن معدلات الوفيات لم تتأثر إلا بالتغيرات في نسبة الأشخاص العاملين في كل مهنة بدخل منخفض. وبالإضافة إلى الدليل من تحليل التغيرات خلال العقد ١٩٧١ – ١٩٨١م فالعلاقة المقطعية العرضية بين الدخول المهنية والوفيات انحنت أيضاً بحيث أوحت أن الوفيات بين الأقل ثراء كانت أكثر استجابة للتغير في الدخل من الوفيات بين الأكثر ثراء. وأخيراً، فبين (٩٠٠٠) شخص غطاهم مسح الصحة وأساليب المعيشة Health and Lifestyles Survey، لم تظهر ثلاثة مقاييس للمرض الذي يبلغ عنه المريض نفسه علاقة منحنية مع الدخل فحسب، بل علاقة توحي بأنه بعد معدلات المرض الهابطة مع صعود المرء من الفقراء سلم الدخل، هناك اتجاه لأن تزداد فعلياً معدلات المرض من جديد مع انتقاله من مستوى الدخل المتوسط إلى فئة الأغنياء – وقد أوحى منحنى على شكل "ل" معكوسة أنه إذا ازداد الأغنياء ثراء فسيزدادون مرضاً (بلاكستر Blaxter ١٩٩٠). وأتى إيحاء

مماثل من الولايات المتحدة عن صحة أقل بين أكثر الناس ثراء (جروسمان Grossman ١٩٧٢). وقد طرح هذا الإمكانية المدهشة - رغم كونها صعبة التصديق - بأن التحويلات من دخول الأغنياء إلى دخول الفقراء قد تحسن صحة الطرفين فى الوقت نفسه. لكن ميلدرد بلاكستر Mildred Blaxter أوضحت فيما بعد أن أدلة ارتفاع معدلات المرض بين الأغنياء مبنية على أعداد صغيرة جداً، معظمها من شبان أثرياء وبعض الأرامل الثريات، وبالتالى قد لا تكون دليلاً يمكن الاعتماد عليه للعلاقة بين الأغنياء بصورة عامة (اتصال شخصى).

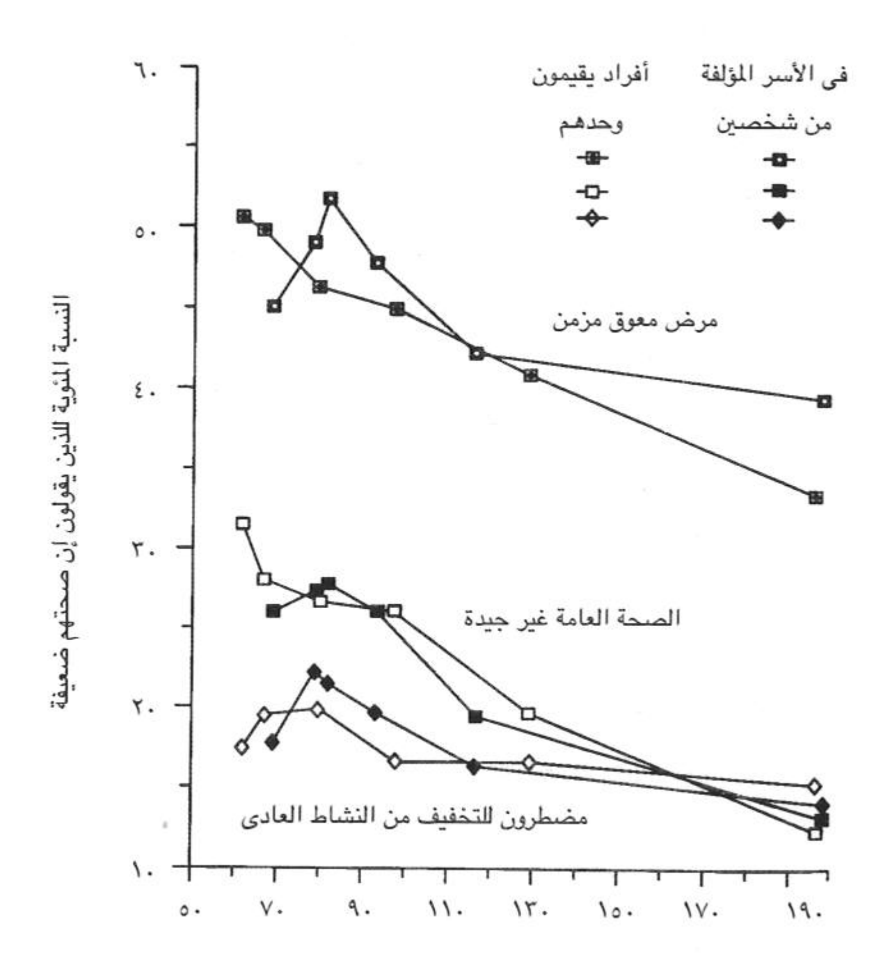
وهناك أدلة لا توحى أن الصحة لا تظهر أية علامات على التدهور فى مستويات الدخول العالية فحسب، بل العلاقة ليست علاقة منحنية بتاتاً. وتشير البيانات الأمريكية من دراسة اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة المبينة فى الشكل (٥ - ١) إلى علاقة خطية بشكل ثابت. (ولكن يجب أن يبقى فى الذهن أن بيانات الدخل فى هذه الدراسة هى متوسط الدخل فى منطقة الرمز البريدى التى يقطن الشخص فيها وليس دخول الأشخاص الفردية.) ولو كانت العلاقة السببية خطية لأدى انخفاض (١٠٠٠) دولار فى دخول الأغنياء إلى الإضرار بصحتهم بنفس المقدار الذى تتحسن فيه صحة الفقراء من زيادة (١٠٠٠) دولار. ولن يكون هناك فائدة صافية من إعادة توزيع الدخل. وقد أجريت منذ ذلك الحين عدة دراسات أخرى لشكل العلاقة بين الدخل والصحة. وذكر باكلند وآخرون Backlund *et al.* علاقة منحنية مع الوفيات فى الولايات المتحدة الأمريكية (باكلند وآخرون ١٩٩٦).

وفى حال أن هذه الصورة الملتبسة تعكس تأثير مشكلات فنية مختلفة؛ فقد بدا من الأفضل أن يقتصر النظر إلى المسألة على مجموعة من الناس تكون المشكلات الفنية بينهم فى أدنى صورة ممكنة. فأولاً بقصر الانتباه على المتقاعدين تقلل الدراسة من عنصر السببية المعاكسة التى بموجبها قد يتعرض الأشخاص الذين يصابون بالمرض إلى انخفاض فى أجورهم. فبصورة عامة يحصل المتقاعدون على معاشات ثابتة بشكل لا علاقة له بصحتهم. وباستخدام بيانات تلطفت بتزويدنا بها سارا آربر Sara Arber من **مسح الأسر العام** General Household Survey، استبعدنا الدخول من إعانات المرضى وبدلات الحضور التى تزيد من دخول المرضى الكبار فى السن. وثانياً بسبب المشاكل التى سبق ذكرها والخاصة بالاختيار

الاعتباطى لمقاييس المساواة التى تستخدم عند تعديل دخل الأسرة لأخذ عدد الأشخاص فى كل أسرة بعين الاعتبار؛ بدا لنا من الأفضل الاقتصار فى التحليل على العدد الكبير من الأسر الذى يحتوى على شخص واحد كبير فى السن أو شخصين، وتحليل هاتين المجموعتين بصورة منفصلة. ولكن يشاء الحظ ألا تعطى مقاييس المرض الذى يبلغ عنه المريض نفسه والمأخوذة من **مسح الأسر العام** فى بريطانيا حكماً قاطعاً حتى على هذا الأساس الخالى من أية شائبة. ويبين الشكل (٥ – ١٢) مثلاً من النتائج؛ فالعلاقة ليست خطية بصورة مترابطة منطقياً وليست غير خطية. ولكن بالتسليم بأن بيانات مجموعة الدخل الأقل فى أى مسح للدخول تميل إلى أن تكون غير جديرة بالثقة؛ لأن عدداً من الأشخاص الموسرين إلى حد معقول والذين يعيشون على رأس مالهم أو مدخراتهم وينفقون أكثر من المتوسط يميلون إلى القول بأنهم بلا دخل، بل أحياناً بأنهم من ذوى الدخل السلبى، فمن المحتمل أن تميل العلاقة إلى الانحناء. ولو كان من الممكن إخراج هؤلاء الأشخاص الذين صرحوا عن دخل منخفض لكن مستوى معيشتهم عالٍ من مجموعة الأشخاص الأقل دخلاً، فإن معدل المرض بين الفقراء حقاً الباقين فى المجموعة قد يكون عالياً بشكل كاف لأنْ يعطى صورة أكثر إقناعاً لعلاقة منحنية.

وبعد أن استكملت الحجج فى هذه المجالات مجراها انقلبت الآن تقريباً رأساً على عقب. فبدلاً من أن تكون مصداقية العلاقة بين توزع الدخل ووفيات السكان معتمدة على إثبات أن العلاقة بين دخل الأفراد والصحة منحنية، تم الآن إثبات علاقة توزع الدخل بصورة راسخة، بغض النظر عن شكل العلاقة الفردية. وعلى شكل مشابه يمكننا الآن أن نكون على ثقة من وجود نوع من العلاقة السببية بين المساواة فى الدخل ومتوسط الوفيات أكبر بكثير من ثقتنا أن الدخول الفردية محددة حقيقية للصحة. وعلى الرغم من أن الفكرة الأخيرة تبدو معقولة جداً ويوجد بعض الأدلة التى توحى بصحتها، فلا توجد سوى أدلة ضئيلة جداً تحمى من النقد من أن الأمر لا يعدو أن يكون آثار الانتقاء الذاتى. ومن جهة أخرى، لأن علاقة توزع الدخل تطال المجموعات السكانية بأكملها، فهى ليست عرضة للتأثر بالآليات الانتقائية.

الشكل (٥ – ١٢): ثلاثة مقاييس للصحة حسب وصف الشخص صاحب العلاقة لها بالنسبة إلى الدخل بين الرجال والنساء (معاً) البالغين من العمر ٦٥ عاماً أو أكثر والذين يقيمون بمفردهم أو فى أسر مكونة من شخصين



المصدر: بيانات من **المسح العام للأسر**، زودتنا بها سارا آربر Sara Arber.

والآن وقد رفض شكل العلاقة بين الدخل والصحة الكشف عن نفسه بصورة لا لبس فيها، أصبح من الواضح أن انحناءه ليس شرطاً مسبقاً ضرورياً لتأثير توزع الدخل على الصحة. وجورج ديفى سميث George Davey Smith (الذى أورد البيانات للعلاقة الخطية فى الشكل ٥ – ١) هو أول من أقنعنى – ونحن نتناول القهوة خارج محطة جلاسجو المركزية – بالتفكير فى كيف أن العلاقة الخطية يمكن أن تتماشى مع تأثير توزع الدخل.

فوراء فكرة أنه لا بد أن تكون العلاقة منحنية يكمن مفهوم عالم الاقتصاد عن الفائدة الهامشية المتناقصة لزيادات الدخل. وفى الأساس هذا المفهوم هو ببساطة فكرة أنه بعد أن يتوافر لك مقدار كبير من شىء معين، كالطعام مثلاً، فإن المزيد سيكون أقل نفعاً لك مما سيكون لشخص آخر لديه مقدار أقل. والاحتمال فى أن توجد لدى الأشخاص الأكثر فقراً احتياجات لا تلبى تؤثر على صحتهم أكبر من احتمال وجودها لدى الأغنياء. لكن وراء هذه الطريقة فى التفكير المنطقى لا يزال يكمن مفهوم أن ما يهم هو مستويات الاستهلاك المطلقة: أن فائدة السلع (أو الخدمات) هى التى لها اعتبار وهذه الفائدة هى ما يختلف بين الفقراء والأغنياء. ولكن إذا فكرنا على أسس نسبية كلياً يختلف مغزى الأشياء. فما يهم ليس طبيعة السلع نفسها بقدر ما هو الدلالات الاجتماعية لمستويات مختلفة من الدخل والاستهلاك. ومقاييس الدخل النسبى لا بد أن تستند إلى نقطة مرجعية فى كل مجتمع. وبصورة عامة تكون النقطة المرجعية هى متوسط الدخل – ومن هنا يعرَّف الفقر النسبى عادة على أساس نسبة السكان التى تعيش على أقل من (٥٠) بالمائة من متوسط الدخل. ولكن لتوضيح المناقشة حول الانحناء، سنأخذ نقطة مرجعية مختلفة. تخيل قياس جميع المراكز الاجتماعية والتسلسل الهرمى وفق علاقتها بأعلى (١٠) فى المائة، وأخذ الفوارق فى الدخل على أنها مقياس بعد كل شخص آخر عن تلك الفئة باتجاه الأسفل. ولنفترض أيضاً أنه كلما ازداد بعد دخول الأشخاص عن تلك الفئة تزداد حالتهم الصحية سوءاً. عندئذ يمكن أن توجد علاقة خطية كلياً بين الدخل والصحة فى كل مجتمع، وفى نفس الوقت اكتشاف أن الصحة الإجمالية تتحسن كلما تقلصت فوارق الدخل. فالفوارق الأقل فى الدخل تخفض مدى الظرف المعوق الاجتماعى الضار بالصحة بالعلاقة مع أعلى (١٠) بالمائة من السكان.

ويتمتع هذا بصفته نموذجاً بشيء من المصداقية. فبالإضافة إلى الارتباطات الإيجابية بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة وحصة العشيرات الأدنى من الدخل، يوجد دائماً ارتباط سلبى مع حصة أعلى (١٠) بالمائة (فكلما كبرت الحصة التى ينالها أعلى ١٠ بالمائة ينخفض متوسط العمر المتوقع عند الولادة). واستخدام النموذج لمفهوم الدخل النسبى الذى لا يسمح لأعلى (١٠) بالمائة، مهما بلغت دخول أفرادها، بأن يتفوقوا بأية حال على أفضل وضع (أى النقطة المرجعية التى تعادل الدخول فيها ١) يمكن أن يفسر أيضاً السبب فى أن الآثار الصحية للدخول النسبية المتردية فى المراتب الأدنى من السلم لا تعدلُها أية فوائد على شكل مزايا متزايدة فى المراتب الأعلى من السلم. لذلك يبدو أننا بأخذ الدخل على أسس نسبية كلياً، وافتراض أن ما يضر بالصحة هو شيء له علاقة بالمعوق الاجتماعى - الاقتصادى بحد ذاته، يمكن لتأثير توزع الدخل على الصحة الوسطية أن ينسجم حتى مع علاقة خطية بين الدخل والصحة داخل مجتمع ما. وإذا كان الحال كذلك قد يكون أفضل مقياس مناسب يستخدم لقياس توزع الدخل فى علاقته بالصحة مشابهاً لآلية عمل الرافعة، بحيث يجمع عزوم القوة حول نقطة ارتكاز أو نقطة مرجعية. فبأخذ نقطة مرجعية مثل دخل أعلى (١٠) بالمائة، ستقاس القوة الإجمالية للحرمان فى مجتمع من المجتمعات بجمع مسافات الدخل المتناسبة لجميع الأشخاص الآخرين تحت المجموعة المرجعية. ويوحى اكتشاف أن ما يدعى مؤشر "روبن هود" لعدم المساواة (الذى يقيس أطول مسافة بين منحنى لورنز Lorenz وخط المساواة فى الدخل) مرتبط بالوفيات فى الولايات الأمريكية الخمسين بعلاقة أوثق من معامل جينى أن هذه قد تكون الطريقة التى يجب اتباعها (كنيدى وآخرون .Kennedy et al ١٩٩٦).

ولا يتيح هذا الدليل المجال لنا للمضى أبعد من ذلك. فلا يزال غير معلوم ما إذا كانت العلاقة بين الدخل والصحة خطية أو منحنية؛ إذ هناك أدلة تؤيد كلاً من الجانبين. وكونها ليست منحنية على نحو لا جدال فيه قد يكون مؤشراً على كونها غير منحنية بشكل كافٍ؛ لأن يكون الانحناء هو المصدر الوحيد للعلاقة بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة وتوزع الدخل. ولكن تأثير توزع الدخل لا يوحى ضمناً بعلاقة غير مستقيمة إلا حين استخدام

مفاهيم مناسبة لتأثير مستويات الدخل المطلق على الصحة. وإذا فكرنا بدلاً من ذلك بتأثير الدخل النسبى على الصحة وحددنا مستويات الدخل النسبى على أسس نسبية حقاً، فإنه حتى العلاقة الخطية بين الدخل والصحة ضمن الدول تكون متماشية مع تأثير توزع الدخل على معدلات الوفيات القومية. وعندئذ يفقد النقاش مغزاه.

ونقطة أخرى ينبغى عندها التمييز بشكل أوضح بين مفاهيم الدخل النسبى والمطلق هى فى تفسير حجم الفوارق فى حصة الدخل المرتبطة بفارق مقداره عدة سنوات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة. وفى العادة يرتبط فارق لا يتجاوز نحو (٧) بالمائة فى حصة الدخل التى ينالها النصف الأدنى من السكان بزيادة نحو سنتين فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة (ولكنسون ١٩٩٤ب). ويبدو هذا التغير فى الدخل أقل من أن يوفر تفسيراً معقولاً للفوارق فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة. والأرقام مبينة فى الجدول (٥ – ١). فالسطر الأول فى الجدول يبين حصتى الدخل الإجمالى التى قد يحصل عليها النصفان الأدنى والأعلى من السكان فى بعض المجتمعات المتقدمة الأقل مساواة، وهى (٢٧) و (٧٣) على التوالى. (وبالطبع لا بد أن يكون مجموع هاتين الحصتين ١٠٠ بالمائة من دخل المجتمع الشخصى الذى يمكن التصرف فيه). ويبين السطر الثانى الحصتين اللتين يمكن عادة العثور عليهما فى مجتمعات أكثر مساواة، فقد أضيفت (٧) بالمائة إلى حصة النصف الأدنى بحيث أصبحت (٣٤) بالمائة. ونتيجة لذلك نقصت حصة النصف الأعلى من (٧٣) إلى (٦٦) بالمائة. ولكن رغم أن الفارق هو (٧) بالمائة فقط، إذا حسب المرء نسبة دخول النصف الأدنى بالمقارنة مع النصف الأعلى (آخر عمود فى الجدول ٥ – ١) سيتبين أن الدخل النسبى للنصف الأدنى ازداد من (٣٧) بالمائة إلى (٥٢) بالمائة مما يناله الجزء الأعلى. ويمثل هذا زيادة فى الدخل النسبى للنصف الأدنى مقدارها أكثر من (٤٠) بالمائة. وعلى الرغم من أن العملية الحسابية التى تحول زيادة قدرها (٧) بالمائة إلى زيادة تبلغ (٤٠) بالمائة قد تبدو وكأنها شىء من قبيل خفة اليد، من الواضح أن الرقم الأول هو التغيير فى مستويات الدخل المطلق، فى حين أن الثانى هو ناتج عملية حسابية مبنية بشكل ثابت على منطق الدخل النسبى.

الجدول (٥ – ١): تأثير توزيعات مختلفة للدخل على الدخل النسبى لنصف السكان الأكثر فقرًا

	أدنى ٥٠٪ من السكان	أعلى ٥٠٪ من السكان	نسبة الأدنى إلى الأعلى
الحصة من إجمالى الدخل (أ)	٢٧	٧٣	١ :,٣٧
الحصة من إجمالى الدخل (ب)	٣٤	٦٦	١ :,٥٢
النسبة المئوية للزيادة			
(أ إلى ب) من **الدخل النسبى** لأدنى ٥٠٪			٤٠,٥

ملاحظة: يبين الجدول كيف أن زيادة (٧) بالمائة (من ٢٧ إلى ٣٤ بالمائة) فى حصة الدخل التى يتلقاها أفقر (٥٠) بالمائة من السكان تؤدى إلى زيادة (٤٠) بالمائة فى الدخل النسبى لتلك المجموعة.

وبعد مسح عدد من القضايا المتعلقة بالأدلة الإحصائية عن العلاقة بين الدخل والصحة، يمكن لنا البدء فى رؤية صورة متماسكة إلى حد معقول. والملامح الرئيسية هى كما يلى. أولاً توجد أدلة جيدة تماماً على أن الصحة تتجاوب مع التغير فى الدخل، وهذا شيء منطقى جداً. ثانياً، هناك عدد من الأسباب القوية للاعتقاد أن الدخل النسبى أهم من الدخل المطلق فى الدول المتقدمة الغنية. وتشمل هذه الأسباب الدليل على أن التحول الوبائى هو مؤشر أن الغالبية العظمى من السكان حققت مستويات معيشة كافية لضمان ألا تبقى الاحتياجات الأساسية هى الكابح الأول لصحة السكان. وهى أيضاً تتضمن التناقض الظاهرى بين العلاقة الوثيقة التى تربط الدخل والصحة ضمن الدول المتقدمة وعدم وجود أية علاقة من ذلك القبيل بين الدول المتقدمة. ومما يعطى تأكيداً قوياً لتفسير الدخل النسبى لهذا التناقض الظاهرى العلاقة بين عدم المساواة فى الدخل ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة التى تم بيان أنها موجودة فى الدول الغنية والفقيرة. وقد تم الآن إيضاح ذلك باستخدام مقاطع نموذجية وعلى البيانات التى تتناول التغيرات الحاصلة بمرور الزمن، ولا يمكن للعلاقة أن تعزى بصورة قابلة للتصديق إلى تدخل متغير وسيط. وهناك أيضاً أدلة على أن مستوى

الفوارق فى الدخل فى الدول المتقدمة يرتبط بمستوى عدم المساواة فى الصحة فيها. ويبدو هذا صحيحاً فى المقارنات التى تغطى الدول كما يبدو صحيحاً داخل الدول مع مرور الزمن. والمعنى الضمنى هو أن صور عدم المساواة فى الدخل تؤثر فى معدلات الوفيات القومية بصورة رئيسية من خلال تحديد قوة تأثير الحرمان النسبى على الصحة. وليس من الواضح ما إذا كانت صحة الأشخاص الأكثر ثراء تتحسن أيضاً حين تضيق الفوارق فى الدخل، لكنه من الواضح أن التغيرات فى فوارق الدخل لا تؤدى إلى تغيرات فى صحة الأغنياء توازن بشكل ملموس التغيرات فى صحة الفقراء. ومن هنا فإن تضييق عدم المساواة الصحية يؤدى إلى تحسنات أسرع فى معدلات الوفيات القومية. وكون صور عدم المساواة الصحية لم تُبْدِ أى اتجاه عام نحو التضاؤل فى الدول المتقدمة أثناء حدوث التطور الاقتصادى يعنى ضمناً أنها ليست انعكاساً للفقر المطلق.

وتطرح التأثيرات القوية للدخل النسبى وطبيعة هذه التأثيرات الاجتماعية المتأصلة تحدياً لا يستهان به لعلم الاقتصاد التقليدى الذى بنى نفسه إلى حد كبير على تعظيم المسرات لاجتماعيًا الناتجة عن الاستهلاك المادى؛ فعلم الاقتصاد لم يتناول بشكل وافٍ مدى الطابع الأساسى للاحتياجات الاجتماعية وإلى أى مدى يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار فى النظام الذى يلبى به المجتمع حاجاته المادية. وعلى الرغم من بعد علم الاقتصاد عن أن يكون لا اجتماعيًا بصورة حصرية؛ فإن ثقل تطبيق نظرية الاختيار العقلانى قلل إلى حد كبير من أهمية الاحتياجات الاجتماعية البشرية ومن حقيقة أن تلبيتها يجب فى أحوال كثيرة أن تعطى الأسبقية، وخاصة فى المجتمعات الموسرة، قبل مطالب زيادة الاستهلاك الفردى إلى أقصى حدوده. إن هناك افتقاراً إلى اقتصاد اجتماعى للرفاهة.

الجزء الثالث

التماسك الاجتماعى والصراع الاجتماعى

الفصل السادس

بلدة صغيرة فى الولايات المتحدة الأمريكية، وبريطانيا أثناء الحرب، وأوربا الشرقية، واليابان

الشيء الذى يبدو واحداً من أهم الفوارق بين الطريقة التى يؤثر بها الدخل النسبى والدخل المطلق على الصحة هى أن الدخل المطلق يؤثر عليها من خلال التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة للظروف المادية، فى حين ينطوى الدخل النسبى بطبيعته على عناصر اجتماعية فى العمليات السببية. فالدخل المطلق قد يؤثر فى الصحة من خلال التعرض لمواد سامة أو من خلال نظام غذائى سيىء أو مَسْكن تكثر فيه الرطوبة أو تدفئة غير كافية. ويوحى التأثير القوى الذى يبدو أن الدخل النسبى يتصف به بأن الأمر لا يتعلق إلى حد كبير بظروف المرء فى حد ذاتها، ولكن بوضعها بالمقارنة مع ظروف الآخرين: بالمكان الذى يوضع المرء فيه فى السلَّم العام للأشياء وبتأثير ذلك على حياته النفسية والعاطفية والاجتماعية. وسنتطرق إلى هذه الموضوعات فى الفصول الثامن والتاسع والعاشر، ولكن بدلاً من الانتقال من مفهوم توزع الدخل (فى الفصل الماضى) مباشرة إلى السبل التى يمكن من خلالها أن يؤثر الدخل النسبى للفرد على صحته؛ فإنه من المفيد إلقاء نظرة مختصرة على الطريقة التى رُبطت بها بُنى اجتماعية أوسع بالفوارق الأقل فى الدخل والصحة الأفضل. وسنبحث خمسة أمثلة.

بريطانيا أثناء الحرب:

حدثت أكثر التحسنات سرعة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى بريطانيا خلال القرن العشرين فى فترة ما بين الحربين العالميتين (ونتر Winter ١٩٨٨). والزيادة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة للمدنيين أثناء كل عقد من القرن مبينة فى الجدول (٦ – ١). وفى العقود التى تضمنت الحربين العالميتين ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة بمقدار ست إلى سبع سنوات لكل من الرجال والنساء. وهذا يزيد زيادة كبيرة على ضعف المعدل المتوسط للزيادة أثناء بقية القرن.

الجدول (٦ - ١): زيادات متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى إنجلترا وويلز فى كل عقد ما بين ١٩٠١-١٩٩١ (السنوات المضافة إلى الأعمار المتوقعة عند الولادة)

	١٩٠١-١٩١١	١٩١١-١٩٢١	١٩٢١-١٩٣١	١٩٣١-١٩٤١	١٩٤١-١٩٥١	١٩٥١-١٩٦١	١٩٦١-١٩٧١	١٩٧١-١٩٨١	١٩٨١-١٩٩١
الرجال	٤,١	٦,٦	٢,٣	١,٢	٦,٥	٢,٤	٠,٩	٢,٠	٢,٤
النساء	٤,٠	٦,٦	٢,٤	١,٥	٧,٠	٣,٢	١,٢	١,٨	٢,٠

المصدر: س. هـ. برستون S. H. Preston ون. كيفيتز N. Keyfitz ور. سكوين R. Schoen. **مسببات الموت، جداول أعمار السكان فى الدولة.** دار أكاديميك Academic Press، نيويورك ١٩٧٢؛ مكتب تعداد ومسوح السكان، **الاتجاهات السكانية**، مكتب قرطاسية صاحبة الجلالة، لندن ١٩٩٥م.

وقد كانت كلتا الحربين فترتين شهدتا تحويلاً ضخماً للإنتاج من الاستهلاك المدنى إلى المجهود الحربى. وقد توقفت مستويات المعيشة عن الارتفاع وتدهورت مستويات الإسكان، وبصورة خاصة نتيجة القصف أثناء الحرب العالمية الثانية. كذلك حوّلت الخدمات الطبية من الاستخدام المدنى على مستوى واسع لتلبية احتياجات الجرحى من الجنود. ورغم أن التقشف فى الطعام حسّن نوعية النظام الغذائى للشعب خلال الحرب العالمية الثانية وكثيراً ما يعزى إليه الفضل فى التحسنات الصحية؛ فإن هذا النوع من التفسير يتجاهل حقيقة أنه لا ينطبق على الحرب العالمية الأولى. ولكن كلتا الحربين شهدتا انعداماً تاماً للبطالة وتقليصاً كبيراً للفوارق فى الدخل. ويصف ونتر محاولة ضمان أدنى حد من المستويات الأساسية للجميع، وهى التى أدت كما يقول إلى رفع مستوى المعايير الصحية، مع حدوث أسرع التحسنات فى أفقر المناطق (ونتر ١٩٨٥، ١٩٨٨). ولم تختف البطالة عملياً فحسب، بل إن الفوارق فى الأجور بين العاملين تضاءلت إلى حد كبير جداً. "إن الذى تغير [فى الحرب العالمية الأولى] هو تعزيز وضع معظم درجات العمل اليدوى فى السوق بالإضافة إلى تقوية حق العمال القانونى والمعنوى بالحصول على أجور تكفى للمعيشة لقاء عملهم"

(ونتر ١٩٨٥، ص ٢٤٤). ويقول ونتر "إن الفقر الأساسي الذي يعانيه فقراء المدن والريف كان ضحية غير متوقعة من ضحايا الحرب" (ص ٢٤٥). كما أنه يعلق على ما نجم عن ذلك من "انخفاض في الاتهامات والإدانات بالسرقة وغيرها من الجرائم بالإضافة إلى انخفاض في التشرد وفي اللجوء إلى الإعانة التي ينص عليها قانون الفقراء" (ص ٢٤٥).

وفي حين أن هبوط فوارق الدخل أثناء الحرب العالمية الثانية كان بصورة جزئية استجابة من سوق العمل للنقص في اليد العاملة، فقد جرى أيضاً السعي إليه كسياسة متعمدة. وكما قال تيتموس Titmus في مقالته "الحرب والسياسة الاجتماعية": "إذا كان هناك اعتقاد بأن تعاون الجماهير أساسي [بالنسبة للمجهود الحربي]، فيجب التقليل من عدم المساواة ويجب خفض ارتفاع هرم التقسيم الاجتماعي إلى طبقات" (تيتموس ١٩٥٨، ص ٨٦). وكان تقرير بفريدج The Beveridge Report الذي صدر التكليف بوضعه في حزيران (يونيو) ١٩٤١ وتقديمه بعد أقل من (١٨) شهراً في تشرين الثاني (نوفمبر) ١٩٤٢م جزءاً من تلك المحاولة. وكانت خططه لتوسعة دولة الرفاهة توسعة ضخمة جزءاً من هدف رفع المعنويات الساعي إلى تكوين "أمة تناسب الأبطال". وبأخذ العبء الثقيل الذي فرضته الحرب على الإنفاق الحكومي في الاعتبار، لا يمكن أن يوجد أي سبب آخر لاختيار عام ١٩٤١م ليكون وقت النظر في خطط للتوسع الكبير في نفقات الرفاهة.

ولم تنطوِ حماية السكان من قسوة النقص في المؤن الذي أحدثته السوق على مجرد تحديد حصص من الطعام ومن سلع كثيرة أخرى تشمل الملابس والأثاث والبنزين والفحم، بل أيضاً على نظام من ضوابط الأسعار ودعمها.

وبالإضافة إلى اختفاء البطالة أثناء الحرب العالمية الثانية، كان هناك أيضاً تقليص كبير للفوارق في الدخل. وتوحي الحسابات أنه في حين ازدادت الدخول الحقيقية بعد خصم الضرائب بمعدل يزيد على (٩) بالمائة بين الذين عرّفهم سيرز Seers بأنهم طبقة عاملة فقد انخفضت بين الطبقة المتوسطة بمعدل أكثر من (٧) بالمائة (ملورد Milward ١٩٨٤، ص ٤١). وتوحي المقارنات بين مسوحات سيبوم راونتري Seebohm Rowntree للفقر في يورك في

عام ١٩٣٦م ومسوحات راونترى وليفر Laver فى عام ١٩٥٠م أن مستويات الفقر النسبى هبطت إلى النصف بين هذين التاريخين (تاونسند Townsend ١٩٧٩).

وتوصف الحياة بين الحربين دائماً بعبارات توحى بروح الأخوة، وبتضامن الناس معاً وبحس من التماسك الاجتماعى. وهذا الشعور بالاتحاد له ثلاثة مصادر، هى: الأول انتشار شعور نفسى بالاتحاد فى وجه العدو المشترك. والثانى هو أحوال السوق التى خفضت البطالة وفوارق الدخل والتقسيمات الاجتماعية التى ترافقها. والثالث هو سياسة متعمدة موضوعة لتنمية شعور بالوحدة الاجتماعية والتعاون فى المجهود الحربى. ومن المستحيل معرفة مقدار مساهمة كل من هذه العوامل المختلفة. ولا شك فى أن ما يثير الاهتمام هو النمو المستمر المشابه لنمو الكرة الثلجية حيث دعم كل من تلك العوامل العاملين الآخرين؛ فالرغبة فى تحمل تكاليف الحرب بصورة عادلة تلاءم جيداً مع الحاجة لتأمين الدخل الحكومى بفرض الضرائب على الأشخاص الذين لديهم القدرة على الدفع، وكانت النتيجة الحتمية هى تقليص فوارق الدخل بعد حسم الضرائب. وقد أزال انخفاض البطالة مصدراً من مصادر الانقسام والمرارة الاجتماعيين فى الوقت نفسه الذى أعطى الناس فيه دوراً فى مهمة مشتركة. وعلى الرغم من أن هذه الانخفاضات الخارجية المنشأ فى المسببات الاقتصادية للانقسام الاجتماعى قد تؤدى فى كثير من الأحيان إلى شعور أكبر بالتماسك الاجتماعى، فخلال الحرب كانت هناك أيضاً عوامل اجتماعية وسياسية خارجية المنشأ تزيد من الشعور بالاتحاد يمكن أن تكون عادت لتغذى استعداداً أكبر لخفض الانقسامات الاقتصادية.

ومن المحتمل أن جزءاً على الأقل من التسلسل العادى للسببية الذى يسير من الانقسامات الاقتصادية إلى الانقسامات الاجتماعية قد انعكس أثناء الحرب. ومن المؤكد أنه عند انتهاء الحرب سادت رغبة فى إيجاد مجتمع يولى أعضاءه رعاية أكبر. وبالإضافة إلى تعمد وضع سياسة لذلك، فإن التجربة الفعلية لتقليص التمييزات وللهدف المشترك بين السكان غذت تلك الرغبة أيضاً. ولا شك أن ذلك أسهم فى انتصار حزب العمل فى الانتخابات العامة عام ١٩٤٥م. ومن الباب نفسه، من الطريف التفكير فى احتمال أن يكون التزايد فى فوارق الدخل وفى

الانقسامات الاجتماعية فى ظل حكومة ثاتشر Thatcher والشعور المتزايد بعدم الأمان المرافق لضعف الخدمات العامة شجعا فعلياً التراجع نحو النزعة الفردية والمحافظة التى أدت إلى سلسلة انتصارات المحافظين فى الانتخابات فى الثمانينيات والتسعينيات من القرن العشرين.

ويوضح مثال بريطانيا فى زمن الحرب احتمال أن يعمل توزع الدخل كوكيل يمثل عدداً من الجوانب الهامة للمجتمع المرتبطة بالتماسك الاجتماعى. وفى حين أن توزع الدخل يرتبط بالصحة بصورة أوثق من أن تسمح بالاعتقاد بأنها مجرد مؤشر بعيد لمحددات للصحة أخرى "حقيقية" فمن المهم رؤية فوارق الدخل على أنها أسيرة أنماط أوسع من الإيديولوجيا ومن العلاقات الاجتماعية والاقتصادية التى فى الوقت نفسه تحددها وتتحدد بها. كما أن تدهور المستويات المادية المطلقة لدى الكثير من السكان تحدد أيضاً بدقة الحاجة إلى رؤية التحسن الكبير فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة للمدنيين على أنه على علاقة وثيقة بقدر أكبر من المساواة.

روزيتو، بنسلفانيا:

حازت روزيتو Roseto الواقعة فى شرق بنسلفانيا Pennsylvania على الاهتمام بصفتها بلدة صغيرة سكانها (١٦٠٠) نسمة وذلك بسبب انخفاض معدلات الوفيات فيها - وخاصة من النوبات القلبية (برَن Bruhn وولف Wolf ١٩٧٩). فقد بين الباحثون أن معدلات الوفيات كانت أقل بكثير مما هى عليه فى البلدات المجاورة منذ منتصف الثلاثينيات من القرن العشرين. ولم تعط عوامل الخطر المعتادة مثل النظام الغذائى والتدخين والتمارين الرياضية تفسيراً لحقيقة أن معدلات الوفيات من مرض القلب فى روزيتو كانت فى البدء أقل بمقدار ٤٠ بالمائة (وولف وبرَن ١٩٩٣).

كان السكان مؤلفين إلى حد كبير من أمريكيين إيطاليين ينحدرون من مهاجرين أتوا أثناء الهجرة الجماعية فى الثمانينيات من القرن التاسع عشر من بلدة روزيتو الإيطالية الواقعة على الجانب الشرقى من جنوب إيطاليا. وبعد أن أخفق الباحثون فى تفسير الفوارق الصحية على أساس عوامل الخطر المعروفة استرعى انتباههم مدى ازدياد قوة الرابطة

الاجتماعية فى روزيتو ببنسلفانيا عما هى عليه فى البلدات المجاورة. فقد قيل إن البلدة تتصف "بروابط عائلية وثيقة وعلاقات اجتماعية متماسكة" (إيجولف وآخرون *Egolf et al.* ١٩٩٢، ص ١٠٨٩). وهناك عدة مؤشرات إلى أن ازدياد التماسك الاجتماعى فى روزيتو رافقته روح المساواة. ويعلق برَن ووولف قائلين:

أكد رجل الدين المحلى أنه حين يتجاوز الانشغال بكسب المال الحد غير المرسوم يصبح أساساً للرفض الاجتماعى، بغض النظر عن مكانة الشخص ... وخلال سنوات دراستنا الخمس [أى من ١٩٦١م] كان من الصعب التمييز على أساس اللباس أو السلوك بين الأثرياء والمعدمين فى روزيتو. فترتيبات المعيشة – المنازل والسيارات – بسيطة ومتشابهة بشكل يلفت النظر. ورغم ثراء الكثيرين لا توجد فى البلدة نظرة "السعى إلى محاكاة الجيران."

(برن ووولف ١٩٧٩، ص ٨٠ و٨١-٨٢)

وحول الموضوع نفسه كتب برن ووولف:

من البداية منعت روح الهدف المشترك والصحبة الحميمة بين الإيطاليين التفاخر وإحراج الأقل ثراء، وضمنت رعاية الجار للجار ألا يُهجَر أى شخص أبداً. ويرتبط هذا النمط من التماسك الاجتماعى اللافت للنظر – والذى توفر العائلة فيه، باعتبارها محور الحياة ومتراسها، نوعاً من الأمان والضمان ضد أية مصيبة – مع الغياب المدهش للاحتشاء العضلى القلبى والموت المفاجئ.

(المصدر نفسه، ص ١٣٦)

ويؤكد الباحثان النقطة نفسها بصورة متكررة: "خلال جميع سنوات دراسة هذا المجتمع دلت المؤشرات على أن قوة الدعم الشخصى المتبادل غير المشروط والتماسك العائلى والاجتماعى عملا على إعطاء تأثير معاكس للضغط النفسى للحياة، وبالتالى كانا وقاية ضد الاحتشاء العضلى القلبى القاتل."

(المصدر نفسه، ص ١١٨)

ومع بدء الروابط الاجتماعية فى الضعف فى الستينيات من القرن العشرين وبدء الشباب فى الانتقال إلى أماكن أخرى تنبأ الباحثان تنبؤاً صحيحاً بأن روزيتو ستفقد تميزها الصحى. وقد كتبا تعليقاً على عملية التغيير:

كان التخلى التدريجى عن العادات القديمة فى روزيتو . . . ظاهراً فى نشوء الاهتمامات بالقيم المادية التى رافقت ازدياد التعليم وتنامى الثراء. فخلال العقد ١٩٦٦-١٩٧٥م (حين اختفى التميز الصحى) ظهرت سيارات من طراز كاديلاك وأنواع أخرى باهظة الثمن فى شوارع روزيتو. . . . وقد عكس افتتانهم برموز علو المنزلة - الملابس الغالية والسيارات الكبيرة الحجم والبيوت الجديدة المتقنة البناء والمؤثثة حسب مشورة مصممى الديكورات الداخلية - بداية انهيار المستويات المتساوية السابقة بين سكان البلدة.

(المصدر نفسه، ص ١١١ و١١٥-١١٦)

وكان المجتمع يتمتع بتميز صحى كبير بدا أنه لا يمكن تفسيره إلا على أساس خصائصه الاجتماعية. وكان المتنبأ به أنه مع فقدانه لتلك الخصائص سيفقد تميزه الصحى، ويبدو أن هذا ما حدث بالفعل. ويخلص الباحثان إلى القول:

توحى البيانات التى أخذت على فترة امتدت عشرين عاماً فى مجتمع روزيتو الأمريكى الإيطالى لدى مقارنتها ببيانات المجتمعات المجاورة إيحاء قوياً بأن الخصال الثقافية - خصائص التنظيم الاجتماعى - تؤثر بشكل من الأشكال فى إمكانية التعرض الشخصى للاحتشاء العضلى القلبى والموت المفاجئ. والمعنى المتضمن فى هذا هو أن البيئة الاجتماعية المتعاطفة توفر حماية للفرد، فى حين أن غياب التعاطف العائلى والاجتماعى والافتقار إلى دور فى المجتمع محدد بوضوح هما بالمقارنة عاملا خطر.

(المصدر نفسه، ص ١٣٤)

ومع أن الاستيطان المبدئى للمهاجرين الفقراء يعنى وجود أساس مادى للتماسك الاجتماعى فى روزيتو منذ البداية تماماً، فمن الواضح أن هذا مثال حوفظ فيه على روح المساواة اجتماعياً - على الأقل لفترة من الزمن. ولكن يتكون الانطباع لدى المرء أن الأمور المادية

والاجتماعية لا يمكن أن تنفصل وتتسع بينها الهوة إلى حد كبير. فالمحافظة على التماسك الاجتماعى تطلب التقليل إلى أدنى حد من مظاهر الفوارق المادية "فى الملبس والحديث والأسلوب" (ص ١١٠). وحين حدث الانهيار انسحب التماسك الاجتماعى ليحل محله الاستعراض المتفاخر.

أقاليم إيطاليا:

وبالصدفة يأتى مثال ثالث على الطريقة التى تعمل النظم الاجتماعية بها، وهو مثال يمكن أن يلقى الضوء على العلاقة بين توزع الدخل والصحة، من دراسة مقارنة لأقاليم إيطاليا نفسها.

ففى عام ١٩٧٠م تشكلت حكومات إقليمية جديدة فى أقاليم إيطاليا العشرين. وعلى مدار العقدين التاليين قام بوتنام Putnam وليوناردى Leonardi ونانيتى Nanetti بدراسة مدى فعالية عمل تلك الحكومات وحاولوا تفسير الاختلافات التى عثروا عليها. والموجز التالى مأخوذ بأكمله تقريباً من كتابهم: **تفعيل الديمقراطية: التقاليد المدنية فى إيطاليا الحديثة.**

كان مقياس بوتنام لمدى نجاح الحكومات الإقليمية الجديدة فى عملها مؤشراً مبنياً على اثنى عشر عاملاً مختلفاً تشمل فعالية الحكومة فى توفير سلسلة واسعة من الخدمات (السكن والحضانة النهارية والعيادات الصحية العائلية،...إلخ.)، واستجابتها للاستفسارات البريدية والهاتفية، وجودة سجلاتها التشريعية، وسرعتها فى الموافقة على الميزانيات السنوية. وقد أظهرت النتائج فوارق كبيرة فى فعالية الحكومات مع اتجاه عام نحو أداء أفضل فى الأقاليم الأقرب إلى الشمال من الأقاليم الجنوبية. حيث إن تمويل جميع الحكومات كان على مستوى الدخل نفسه لكل نسمة من السكان؛ فقد سعى بوتنام إلى تفسير الفوارق على أساس خصائص الأقاليم نفسها.

كانت ملاحظته الأولى هى أنه على الرغم من إمكانية تقسيم الأقاليم إلى مجموعة أكثر ثراء ومجموعة أكثر فقراً وأن الأداء فى الأولى كان أفضل منه فى الثانية؛ فإنه لم يكن

هناك صلة داخل أى من المجموعتين بين الأداء ومستويات الدخل. والتفسير الذى تطور فى نهاية الأمر من التحليل الإحصائى هو أن عمل الحكومة المحلية يكون فى أفضل صوره فى الأقاليم التى يكون "المجتمع المدنى" فيها قوياً. ومفهوم المجتمع المدنى هو عكس "العصبية العائلية المهتمة بالمصلحة الذاتية (أو أحياناً "غير الأخلاقية")"، وهذه مصطلحات استقاها بوتنام من بانفيلد Banfield (١٩٥٨). وقد قاس المجتمعات على سلم فى إحدى نهايتيه كان الاشتراك فى الأمور العامة قليلاً أو منعدماً ما عدا متابعة المصالح الذاتية للفرد أو لعائلته. وفى تلك المناطق، التى كان المجتمع المدنى فيها فى أضعف حالاته، طغى على العلاقات الاجتماعية الطابع الهرمى وقامت على أساس التفضُّل. وفى حالات كثيرة لم يتم تنفيذ مشروعات عامة كانت ستعود بخير كثير بسبب الافتقار إلى روح المسئولية المدنية وبسبب الشك الحقود فى دوافع أى شخص له علاقة بالمشروع.

وفى النهاية الأخرى من سلم قياس بوتنام كانت المناطق ذات المجتمعات المدنية العالية التطور، والتى تتمتع بمستوى عالٍ من الوعى والمشاركة فى الشئون العامة، والتى تكون روح الجماعة السائدة فيها أكثر مساواة وديمقراطية بكثير. ولقياس مشاركة الناس فى الحياة العامة، وضع بوتنام مؤشراً لقوة المجتمع المدنى مبنيًا على أشياء من نوع نسبة السكان الذين يصوتون فى الاستفتاءات، وقراءة الصحف، ونسبة عدد رابطات النشاطات التطوعية والثقافية والرياضية لعدد الأفراد. وكان معامل الارتباط بين هذا المؤشر ومقياسه لأداء الحكومات (٠,٩٢) مما يوحى أن نسبة تزيد تماماً على ثلاثة أرباع الفوارق فى الأداء يمكن تفسيرها بالفوارق فى قوة المجتمع.

وبعد النظر فى معاملات الارتباط بين سلسلة من الخصائص الاجتماعية الأخرى لخص بوتنام التباين بين الأقاليم ذات المستويات العالية والمتدنية من المجتمع المدنى:

يوجد فى بعض أقاليم شمال إيطاليا كثير من جمعيات الغناء الجماعى (جمعيات الجوقات) وفرق كرة القدم ونوادى مراقبة الطيور ونوادى الروتارى rotary clubs. ومعظم المواطنين فى هذه الأقاليم يتابعون شئون المجتمع بشغف فى الصحف اليومية. وتثير القضايا

العامة اهتمامهم. . . . ويثق الناس بعضهم ببعض بأنهم سيتصرفون بصورة عادلة ويلتزمون بالقانون. والقادة فى هذه الأقاليم مستقيمون نسبياً. وهم يؤمنون بالحكومة الشعبية ولديهم الاستعداد للتوصل إلى حلول وسط مع خصومهم السياسيين. ويعتبر كل من المواطنين والقادة فى هذه الأقاليم المساواة ملائمة لمجتمعاتهم. وتنظيم الشبكات الاجتماعية والسياسية أفقى، وليس هرمياً. ويعطى المجتمع قيمة كبيرة للتضامن والمشاركة المدنية والتعاون والاستقامة. والحكومة تعمل. وليس من المستغرب أن يشعر سكان هذه الأقاليم بالقناعة!

وفى القطب الآخر توجد الأقاليم "اللامدنية"، والتى يحسن وصفها المصطلح الفرنسى *incivisme*. والحياة العامة فى هذه الأقاليم منظمة بشكل هرمى وليس أفقياً. ومفهوم "المواطن" بحد ذاته مقزَّم فى هذه الأقاليم. والشئون العامة من وجهة نظر القاطن الفرد هى شأن أشخاص آخرين – *i notabili*، "الرؤساء"، "السياسيين"–ولكن ليست من شأنه هو. ولا يطمح سوى القلة من الأشخاص للمشاركة فى المناقشات حول المصلحة العامة، ولا تتوافر فرص كثيرة لمثل تلك المشاركة. وما يحرض المشاركة السياسية هو التبعية الشخصية والطمع المستتر، وليس الهدف العام. والاشتراك فى رابطات اجتماعية وثقافية ضئيل. وتحل التقوى الشخصية محل الهدف العام. وعلى نطاق واسع ينظر الناس حتى السياسيون أنفسهم إلى الفساد على أنه الشىء الطبيعى، وهم يسخرون من المبادئ الديمقراطية. وليس لعبارة "الحل الوسط" من معانٍ إضافية إلا المعانى السلبية. وقد وضعت القوانين (وهذا شىء يتفق عليه الجميع تقريباً) كى تخرق، ولكن خوفاً من خرق الآخرين للقوانين، يطالب الناس بانضباط أشد. ويشعر الجميع تقريباً وهم أسرى هذه الحلقات المفرغة المتشابكة أنهم بلا حول ولا قوة وأنهم مستغَلون وتعساء. وإذا ما أخذنا كل شىء فى الحسبان لا تثير حقيقة أن الحكومة التى تمثل الشعب هنا أقل فعالية منها فى المجتمعات الأكثر مدنية دهشةً كبيرةً.

(بوتنام وآخرون ١٩٩٣، ص ١١٥)

ورغم أن خصائص المجتمعات المدنية ستختلف من مجتمع لآخر؛ فإن أدلة بوتنام تبين أن قوة حياة المجتمع هى متغير هام. ورغم أن بوتنام لم يكن مهتماً بالصحة أو بتوزع الدخل؛ فإن لعمله علاقة بهما؛ لأن المجتمع المدنى متعلق فى الواقع بكلا الأمرين. وهو يذكر فى أحد الهوامش أن معامل الارتباط بين مؤشر المجتمع المدنى الذى وضعه وتوزع للدخل أقل اتساعاً هو (٠,٨١) (p >٠,٠٠١)، مما يبين وجود علاقة وثيقة وذات دلالة إحصائية بينهما. ويذكر أيضاً وجود ارتباط بين المجتمع المدنى الأقوى ومعدلات الوفيات الأكثر انخفاضاً بين الأطفال الرضع. وبالإضافة إلى ذلك، وجدتُ علاقة ذات دلالة إحصائية بين مقاييسه للمجتمع المدنى ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة للإناث، ولكن ليس للذكور. والسبب فى أن متوسط العمر المتوقع للذكور والإناث يتبع نمطين مختلفين من التنوع فى الأقاليم الإيطالية ليس واضحاً، ولكن هذا الاختلاف قد يمثل تأثير عوامل أخرى على الأمراض الوعائية القلبية لدى الذكور.

ويظهِر هذا المثال مرة أخرى أن توزع الدخل قد يتعلق بأمور أكثر بكثير من المبالغ النقدية المختلفة الموجودة فى جيوب الناس. وكما هو الحال فى حالات الاقتصاد الذى تخططه الدولة (انظر مناقشة ذلك أدناه) وفى بريطانيا أثناء الحربين، تظهر الأقاليم الإيطالية أن الموضوع يتناول أموراً أوسع بكثير ذات علاقة بالنسيج الاجتماعى للمجتمع. ومن الطريف ملاحظة أنه على الرغم من أن المهاجرين الإيطاليين الذين أقاموا روزيتو الجديدة أتوا من منطقة تتصف بـ "العصبية العائلية اللاأخلاقية" فقد انتهى بهم الأمر إلى تأسيس مجتمع وثيق الروابط.

أوربا الشرقية خلال السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين

(بعض أجزاء هذا المقطع أعيد طبعها من ولكنسون ١٩٩٦).

وتوفر لنا دول أوربا الشرقية السابقة ودول العالم الثالث ذات التخطيط المركزى أو رأس مال الدولة حلبة أخرى تبين بعض الإمكانيات المختلفة بعض الشىء لهذه العلاقات البنيوية. فمنذ أوائل السبعينيات من القرن العشرين – أى قبل ثورات عام ١٩٨٩م بفترة طويلة –

أخفق متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى أوربا الشرقية والاتحاد السوفييتى فى التحسن وتخلف عن مستويات أوربا الغربية مع تزايد مستمر للمسافة بينه وبينها. ولكن حتى أوائل السبعينيات كانت الصحة فى تلك الدول مشابهة لما هى عليه فى أوربا الغربية. بل إن دولاً مثل ألمانيا الشرقية وبلغاريا ورومانيا كانت فى وضع جيد بصورة خاصة إلى حد أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة؛ كان أفضل فى ألمانيا الشرقية من الغربية. وقد حققت أوربا الشرقية مستويات عالية من الصحة رغم مستويات المعيشة الأكثر تدنياً بكثير والتى تربط عادة بالصحة الأقل جودة.

ولا يمكن أن يوجد شك كبير فى أن مستويات الصحة فى أوربا الشرقية حتى أوائل السبعينيات توفر إيضاحاً للنمط الأوسع الذى بموجبه تتمتع الدول الأكثر مساواة على جميع مستويات التطور بصحة أفضل جداً من الدول الأخرى ذات المستويات المماثلة من إجمالى الإنتاج القومى للفرد. وقد قام أمارتيا سِن Amartya Sen الذى كتب دراسته عام ١٩٨١م بفحص التحسنات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين مائة دولة من الدول المتقدمة والأقل تقدماً بين عامى ١٩٦٠م و١٩٧٧م (سِن ١٩٨١). ولأنه من الأسهل إضافة المزيد من السنوات إلى متوسط العمر المتوقع حين يكون منخفضاً فى الأساس مما يكون عليه الحال فى الدول التى يكون فيها ذلك المتوسط عالياً أصلاً، فقد قاس سِن التحسن باستعمال انخفاض النسبة المئوية فى المقدار الذى نقص به متوسط العمر المتوقع عند الولادة عن (٨٠) عاماً. وبين عامى ١٩٦٠م و١٩٧٧م وجد أنه من أصل عشر دول شيوعية مدرجة فى قائمته التى تضم مائة دولة وردت تسع منها ضمن الربع الأعلى من الانخفاض فى النسبة الذى حققته تلك الدول فى نقص متوسط العمر المتوقع عند الولادة عن (٨٠) عاماً. والتسع هى ألبانيا وبلغاريا ورومانيا ويوجوسلافيا من أوربا الشرقية، بالإضافة إلى فيتنام والصين وكوريا الشمالية ومنغوليا وكوبا. وقد أخفقت هنغاريا وحدها (وربما إلى حد كبير بسبب ثورتها عام ١٩٥٦م والتطهيرات التى تلت) فى تحقيق تقدم سريع مماثل. وكما يعلق سِن، "من الطبيعى أن تخطر (لأى شخص ينظر إلى جدول نتائجه) فكرة أن الشيوعية جيدة للتخلص من الفقر."

ومن الدول الأخرى التى وردت ضمن أعلى (٢٥) بالمائة السلفادور وماليزيا وتايوان وكوستاريكا وهونج كونج واليونان. والصلة الواضحة بين بعض هذه الدول والدول الشيوعية هى نجاحها فى تخفيض الفقر النسبى. وقد حقق البعض ذلك بصورة رئيسية عن طريق تضييق فوارق الدخل، وحققه البعض الآخر بالمشاركة الفعالة للمجتمع بأسره فى مزايا النمو الاقتصادى السريع.

وبين الدول الأقل تقدماً، وبصورة مؤكدة فى أوربا الوسطى والشرقية حتى أوائل السبعينيات من القرن العشرين، يبدو أن الشيوعية عادت بالخير على الصحة. ولم تكن إنجازات أوربا الشرقية مجرد مسألة إكساب المناعة للأطفال والعناية بالأطفال الرضع. فحتى فى سن الخامسة عشرة كان متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى الدول الأوربية الشرقية عالياً بالمقارنة مع دول فيها مستويات إجمالى الإنتاج القومى للفرد منخفضة بصورة مساوية. ولنفترض مؤقتاً أن "الشيوعية" كانت تبدو مفيدة للصحة عن طريق عملية تتعلق بفوارق فى الدخل أقل اتساعاً ومستويات أدنى من الفقر النسبى، فالسؤال الذى يطرح نفسه هو ما الخطأ الذى حدث؟ لِمَ توقفت التحسنات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى أوربا الشرقية فى أوائل السبعينيات؟

هناك عدة معالم هامة فى إخفاق مستويات الصحة فى تحقيق المزيد من الارتقاء. أولاً هناك تماس بين نمط ذلك الإخفاق والحدود السياسية التى تفصل بين أوربا الشرقية والغربية. ففى ما يتعلق بمعدلات وفيات الرجال البالغين سن العمل، على الرغم من وجود تداخل كبير بين أوربا الشرقية والغربية فى عام ١٩٧٠م، لم تكن فى أية دولة أوربية شرقية بحلول عام ١٩٩٠م معدلات وفيات أدنى ولو من دولة مفردة فى أوربا الغربية (واتسون ١٩٩٥). وكما لو أن يوغوسلافيا تود تأكيد موقعها السياسى المتوسط، فقد جاءت معدلات الوفيات فيها فى المنتصف تماماً بين الكتلتين. وبينما استمرت دول أوربا الغربية فى التمتع بتحسنات كبيرة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة؛ كانت الزيادات قليلة أو منعدمة فى جميع الدول تقريباً التى كانت ضمن دائرة النفوذ السوفييتية السابقة. ومن الطريف أن

ألبانيا – التى تحالفت مع الصين وليس مع الاتحاد السوفييتى – كانت الدولة الوحيدة فى أوربا الشرقية التى استمر متوسط العمر المتوقع عند الولادة فيها فى تحقيق تحسنات كبيرة. ويبين هذا مدى قوة الصلة بين الصحة والبيئة السياسية. ومن المؤكد أنه إذا نظر المرء إلى اتجاهات العمر المتوقع عند الولادة فى أوربا الشرقية يتكون لديه انطباع قوى أنه لو عرفنا السبب فى إخفاق الصحة فى التحسن بعد السنوات الأولى من السبعينيات فإننا سنعرف أيضاً الأسباب الكامنة وراء ثورات عام ١٩٨٩م؛ فقد حدث انحراف ما فى تلك المجتمعات فى أوائل السبعينيات ومن المحتمل أن الصحة هى أوضح مؤشراته.

ويمكن استبعاد عدة أسباب. ويذكر هرتزمان Hertzman فى تقريره المقدم إلى البنك الدولى أنه لا يمكن تعليل الأداء الصحى الضعيف فى أوربا الشرقية على أساس أى تدهور فى مستويات الرعاية الطبية أو عوامل مثل تلوث الهواء (هرتزمان ١٩٩٥). فعلى الرغم من أن تلوث الهواء شديد فى بعض المناطق الصناعية، لا يكفى عدد السكان الذين يتعرضون له لإحداث آثار تؤخذ بعين الاعتبار على معدلات الوفيات القومية. وأحد المؤشرات الطريفة على الطابع الاجتماعى (السوسيولوجى) للسبب الذى نبحث عنه هو ملاحظة واتسون للفرق المدهش فى اتجاهات الوفيات بين غير المتزوجين والمتزوجين (واتسون ١٩٩٥). فهى تبين أنه فى حين لم توجد سوى تغيرات طفيفة فى معدلات الوفيات بين الرجال والنساء المتزوجين أثناء الفترة ١٩٧٠–١٩٨٨م فى بولندا، فقد حدثت زيادات جوهرية جداً بين المطلقين من الرجال والنساء. وتم اكتشاف نمط مماثل فى هنغاريا أيضاً. ففى السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين كانت الزيادات فى الوفيات السابقة لأوانها فى بولندا فى أعلى نسبها بين الرجال المطلقين، ولكنها كانت عالية أيضاً بين الأرامل والعزاب الذين لم يتزوجوا بتاتاً. وكان الرجال المتزوجون محميين نسبياً. وبين النساء كانت أكبر الزيادات فى معدلات الوفيات بين الأرامل (هادجو وآخرون .Hadju *et al* ١٩٩٥).

وتأثير استمرار التحسنات فى معدلات وفيات الأطفال الرضع على متوسط العمر المتوقع عند الولادة أبطلته زيادات فى معدلات وفيات الكبار، وخاصة بين الرجال. ورغم أن معدلات

الوفيات لم ترتفع بشكل ملموس بين المتزوجين، فقد كان يمكن أن نتوقع انخفاضها بين جميع شرائح السكان. ولا تكمن أهمية الانقسام إلى متزوجين وغير متزوجين فى كون المتزوجين لم يتأثروا بالأسباب التى نبحث عنها، بل فى مجرد أن لتلك الأسباب آثاراً مختلفة حسب الوضع العائلى؛ فهذا لا ينفى المؤثرات البيئية العامة مثل تلوث الهواء التى يتعرض لها جميع السكان فحسب، بل أيضاً مؤثرات كثيرة اقتصادية تشمل المجتمع كله، مثل التغيرات فى مستويات المعيشة. (فى الواقع استمر النمو الاقتصادى فى غالبية دول أوربا الشرقية خلال معظم السبعينيات والثمانينيات.)

ومن المحتمل أن الوصف الذى ورد فى خطاب جورباتشيف Gorbachev فى اللجنة المركزية للحزب الشيوعى السوفييتى فى ٢٧ كانون الثانى (يناير) ١٩٨٧م هو واحد من أوضح محاولات وصف ما حدث من خطأ فى تلك المجتمعات. ففى نداء غير عادى إلى الحزب ليجدد التزامه الاجتماعى والأخلاقى، تكلم جورباتشيف عن "فقدان الزخم" و"الركود" و"تراكم المشكلات غير المحلولة" التى "أثرت بصورة خطيرة على الاقتصاد والمجالات الاجتماعية والروحية." وألقى اللوم على الحزب قائلاً:

> لقد اختفت المناظرات المفعمة بالحيوية والأفكار الإبداعية . . . فى حين أصبحت التقويمات والآراء المتسلطة حقائق لا تقبل الشك . . . وميعت أهداف الاقتصاد الاجتماعية فى خطط السنوات الخمس الماضية وتشكل صمم تجاه القضايا الاجتماعية . . . وكان لعناصر التآكل الاجتماعى التى ظهرت فى السنوات القليلة الماضية تأثير سلبى على معنويات المجتمع، وبطريقة ما بدون ملاحظة أحد أخذت تقلص القيم الأخلاقية السامية التى كان شعبنا دائماً يتصف بها . . . وقد تراخى الاهتمام بقضايا المجتمع وظهرت مظاهر تبلد الحس والنزوع إلى الشك . . .

وقد اتسعت طبقة الأشخاص – وبعضهم من الشباب – الذين جعلوا من الرفاهة والكسب الماديين بأية وسيلة هدفهم النهائى فى الحياة. وأخذ هذا الموقف المتشكك يكتسب أشكالاً تزداد شراسة باستمرار، مسممة عقلية الناس من حولهم ومطلقة موجة من النزعة

الاستهلاكية. وأصبح انتشار إساءة استخدام الكحول والمخدرات وتعاظم الجريمة مؤشرات على تدهور العرف الاجتماعى.

أثر الاستخفاف بالقانون وتشويه التقارير وقبول الرشاوى وتشجيع التملق والمداهنة تأثيراً ضاراً على الجو الأخلاقى فى المجتمع.

وفى كثير من الأحيان استُبدِل الاهتمام الحقيقى بالناس وبظروف حياتهم وعملهم وبرفاهتهم الاجتماعية بالمغازلة السياسية، أى توزيع الجوائز والألقاب. وأخذ جو من الانحلال يتشكل، ويتضاءل الاهتمام بالتفاصيل وبالانضباط وبالمسئولية.

وفى حالات كثيرة ارتدت سلبيات خطيرة فى التربية الإيديولوجية والسياسية قناع النشاطات المتباهية والحملات والاحتفالات بأعياد كثيرة. وأخذ التنائى يزداد باستمرار بين عالم الحقائق اليومية والرفاهة المتظاهر بها. وكان لإيديولوجية الركود وعقليته تأثير على حالة الثقافة والأدب والفنون.

(جورباتشيف ١٩٨٧)

وكان حل جورباتشيف هو الانفتاح وإعادة الهيكلة (الغلاسنوست *glasnost* والبريسترويكا *perestroika*). وينسجم اعترافه بمشكلات البيروقراطية والنزعة الشكية والفساد والمخدرات والكحول أثناء سنوات حكم بريجينيف Brezhnev مع الاتجاهات فى معدلات الوفيات من أسباب مختلفة. والأسباب الرئيسية للوفاة التى تظهر تغيراً فى اتجاهها فى أوائل السبعينيات تتلخص بسهولة (ولكنسون ١٩٩٦). فقد بدأ القتل والإيذاء المتعمد يزدادان بسرعة منذ منتصف السبعينيات. وكانت الاضطرابات العقلية وأمراض الجهاز العصبى والأعضاء الحسية آخذة فى الهبوط، لكنها بدأت هى أيضاً بالارتفاع، والشىء نفسه صحيح بالنسبة لأمراض الغدد الصماء وأمراض التغذية والأمراض الاستقلابية والاضطرابات المناعية. وبدأ مرض الكبد المزمن وتشمع الكبد يرتفعان بسرعة أكبر من ذى قبل، فى حين تدنى معدل الانخفاض فى الأمراض السارية والطفيلية بشكل جوهرى.

وتحمل هذه الأنماط، وخاصة ارتفاع الوفيات الناجمة عن القتل ومرض الكبد المزمن وتشمع الكبد، شبهاً يلفت النظر بأنماط الوفيات من أسباب محددة كما سنشاهد فى الفصل الثامن بتزايد اتساع توزع الدخل (ماكايزاك McIsaac وولكنسون ١٩٩٦). وحتى فى منتصف الثمانينيات كان توزع الدخل، كما بّين أتكنسون Atkinson، لا يزال على قدر من المساواة أكثر من توزعه فى بريطانيا، لكن الاتجاه فى عدة دول (منها الاتحاد السوفييتى ولكن تشيكوسلوفاكيا ليست من بينها) كان نحو قدر أقل من المساواة (أتكنسون وميكلرايت Mickelwright ١٩٩٢أ، ١٩٩٢ب). ومع ذلك ليس من المحتمل أن يكون ما حدث لتوزع الدخل هو الدليل إلى الجواب هنا. ففى جميع أنحاء أوربا الشرقية لم تكن فوارق الدخل دليلاً صادقاً على الفوارق فى المركز الاجتماعى بقدر ما هى فى المجتمعات القائمة على آليات السوق. وبسبب نقص البضائع الاستهلاكية وضرورة الوقوف فى صفوف طويلة عند التسوق، كان هناك أشخاص كثيرون لا يصرفون دخلهم بأكمله. ومن المحتمل أن عضوية الحزب وحق دخول محلات خاصة كانا دليلاً أفضل على المركز الاجتماعى للشخص وعلى ملكيته للبضائع الاستهلاكية الطويلة الأجل من الدخل نفسه. وفى الواقع كان متوسط أجور الأعمال اليدوية فى عدة دول فى أوربا الشرقية أفضل من أجور الأعمال غير اليدوية (نَك – لبينسكى Wnuk-Lipinski وإيلسلى Illsley ١٩٩٠). وقد اقترح بعض علماء الأوبئة أن هذا أثار مشكلات "التناقض فى المراكز الاجتماعية" التى بدأت تظهر فى الكتابات المتخصصة فى علم الأوبئة باعتبار أنها عامل خطر صحى (سايجرست وآخرون Siegrist *et al.* ١٩٩٠).

لكن من الواضح من خطاب جورباتشيف وجود تدهور هام فى النسيج الاجتماعى للمجتمع. ورغم أن سبب التغيرات التى حدثت كان عمليات سياسية خارجية لم يكن من الضرورى أن تؤثر فى فوارق الدخل، فقد كانت ذات دلالة؛ لأنها على الرغم من اختلاف الأسباب تشترك فى بعض ملامح التفسخ الاجتماعى الذى يرافق عادة اتساع الفوارق فى الدخل فى أماكن أخرى.

لقد أحدث عصر بريجنيف (١٩٦٤-١٩٨٢م) شعوراً عميقاً بخيبة الأمل، وخاصة لدى الأجيال الأكبر سناً التى استعادت المثالية والإيمان بالنظام لديها جزءاً من توقدهما حين أدان خروتشيف Khrushchev جرائم حقبة ستالين Stalin وقسوتها الوحشية. وفى سنوات سابقة كان هناك شىء من التفاؤل حول إمكانيات النظم الاقتصادية ذات التخطيط المركزى. فقد كانت معدلات النمو الاقتصادى فى أحيان كثيرة أفضل مما كانت عليه فى الدول الغربية، وهو ما أشار خروتشيف إليه فى خطابه أمام الأمم المتحدة حين تنبأ بثقة أن الاتحاد السوفييتى "سيدفن" الرأسمالية. وبدا إطلاق أول قمر صناعى فى الفضاء عام ١٩٥٧م رمزاً على تنامى البراعة التقنية الفائقة فى الاتحاد السوفييتى.

ولكن تلك الثقة اختفت بحلول السبعينيات من القرن العشرين. وبدلاً من الاعتقاد بأن الأحزاب الشيوعية فى أوربا الشرقية تخدم نظاماً اقتصادياً واجتماعياً أفضل؛ تزايدت النظرة إليها على أنها عميلة قمعية لقوة أجنبية تعتمد على الشرطة السرية والمخبرين للمحافظة على قوتها. وبعد سحق "إصلاحات براغ" فى تشيكوسلوفاكيا عام ١٩٦٨م أعلن بريجنيف ما اكتسب بسرعة اسم "مبدأ بريجنيف" قائلاً إن الاتحاد السوفييتى لن يبقى مكتوف اليدين تجاه "التفسخ المناهض للاشتراكية" فى الكتلة السوفييتية. ولا شك أن هذا كان مؤشر بداية نفوذ سوفييتى أقوى فى الحياة السياسية والاقتصادية فى دول أوربا الشرقية، وهو يفسر جزئياً التشابه فى تطورها السياسى اللاحق. وقد ألغى سحق ثورات متعاقبة إلغاء علنياً الادعاء الأخلاقى بشرعية حكومات أوربا الشرقية.

وكان لذلك مع مرور السنوات تأثير مدمر على الحياة العامة؛ فبسبب غياب التعددية وتحكم الأحزاب الشيوعية فى جميع المنظمات؛ ازداد ابتعاد الناس عن النشاط فى المجال العام - بما فى ذلك العمل. ولا شك أن الطابع التشكيكى للطريقة التى أجرى بها التطهير فى تشيكوسلوفاكيا ذلك الذى تلا سحق ربيع براغ كان معناه اقتلاع أية مثالية باقية فى الحزب. "من خلال عملية الفرز الشاملة تخلص الحزب الشيوعى [التشيكى] من معظم أعضائه النشطين المثاليين والمستقلين فى تفكيرهم" (سيميكا Simecka ١٩٨٤، ص ٤٠). وقد عظمت عملية التطهير من شأن "الطاعة والولاء والموثوقية وعدم التميز وحسن السمعة

والحذر والضعف الأخلاقى" (المصدر نفسه، ص ٤١). وقد طالت الآثار الأكّالة التى نجمت عن فقدان النظام للشعور بالهدف جميع ميادين الحياة العامة. وحتى قيم الحيوية الشعبية تلطخت بالدعم الضمنى للنظام. ولم يعد العمل والمجال العام بأكمله يوفران فرصة لتحقيق الذات والنشاط الاجتماعى الهادف. وبسبب الإحساس العميق بالإحباط وفقدان المعنى؛ أصبحت الأسرة هى مجال الحياة الوحيد الذى بقى فيه احتمال الوصول إلى درجة من تحقيق الذات. وهذا هو السبب فى أن معدلات وفيات الأطفال الرضع بقيت نسبياً بلا تأثر واستمرت فى الانخفاض خلال السبعينيات والثمانينيات، والسبب فى أن معدلات الوفيات كانت أقل تأثراً بين النساء منها بين الرجال، والسبب فى أن الاتجاهات العكسية بين كلا الجنسين ظهرت بشكل خاص بين الأشخاص غير المتزوجين الذين لا يعيشون مع أسر.

ومن المحتمل أنه بالإضافة إلى أن هذا يعطينا فكرة ما عن أنواع المؤثرات التى يمكن أن تفسر عدم ازدياد متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى أوربا الشرقية فى الجزء الأعظم من السبعينيات وفى الثمانينيات، فهو أيضاً يشير إلى الأصول المشتركة للاتجاهات الصحية ولثورات عام ١٩٨٩م. ولكن كيف كان الوضع قبل ذلك؟ ما السبب فى أنه حتى عام ١٩٧٠م على الأقل نزعت الدول التى سيطرت الأحزاب الشيوعية على الحكم فيها لأنْ تتمتع بمستويات صحية أعلى إلى حد كبير مما يمكن توقعه إذا أخذ متوسط الإنتاج القومى للفرد فيها بعين الاعتبار؟ وحتى فى عام ١٩٩٠م حققت الصين متوسطاً فى العمر المتوقع عند الولادة يعادل تقريباً ما كانت عليه الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٧٠م رغم أن متوسط الدخل فى الصين حسب قول البنك الدولى لم يكد يبلغ (٢) بالمائة من متوسط الدخل فى الولايات المتحدة.

إن مفهوم الرفقة فى النظم الاقتصادية الخاضعة لحكم الدولة يشترك فى بعض عناصره مع روح الأخوة فى بريطانيا فى زمن الحرب. لكن هناك تناقض ظاهرى فى لب هذا المفهوم. ويقول جروس Gross وهو يتحدث عن الاتحاد السوفييتى السابق فى ظل حكم ستالين أن قدرة أى شخص على القيام بدور مخبر، أعطت السلطة العشوائية التى تملكها الدولة إلى كل مواطن كى يستخدمها ضد الآخرين. "فقد اشترك الجميع فى سلطة إذلال الآخرين

جميعهم وتدميرهم." وقد كانت هذه السلطة هامة جداً بحيث إن "القدرة على تعريض جميع الآخرين لأن يُقبض عليهم كانت عامل المساواة بين المواطنين السوفييت" حسب قول جروس (جروس ١٩٨٢، ص ٣٧٦). وبالإضافة إلى قيام فوجل Vogel فى بحث عن الصين بوصف الشعور المتنامى بأنه لم يعد بالإمكان الثقة بالأصدقاء، فإنه يشرح أيضاً نمو "أخلاقية جديدة للرفاق" كشكل للعلاقة بين المواطنين. فبعد أن يصف فى بحثه "من الصداقة إلى الرفقة: التغير فى العلاقات الشخصية فى الصين الشيوعية" العملية السلبية لانهيار الثقة الشخصية بين الناس، يمضى ليصف تطور الرفقة بعبارات أكثر إيجابية (فوجل ١٩٦٥). فمن الواضح أن جوهرها ليس فى ولائها للشيوعية فقط، ولكن أيضاً فى شموليتها، فى كون كل مواطن واحداً من الرفاق. ويقول فوجل إن "جزءاً من الأخلاقية الكامنة وراء مفهوم الرفيق هو وجود طريقة هامة توجد بها علاقة بين كل شخص فى المجتمع وكل شخص آخر" (المصدر نفسه، ص٥٥). ومن العناصر الهامة لفكرة الرفاق فى الصين "مساعدة الآخرين" التى كان من الواضح أنها أحياناً تعبير ملطف يقصد به جعل الآخرين يلتزمون بالأنظمة ويقومون بنصيبهم من العمل، لكنها بالإضافة إلى ذلك تعنى أيضاً استعداداً حقيقياً لإمضاء وقت فى مساعدة المحتاجين إلى المساعدة. ويعطى فوجل أمثلة على ذلك:

> يجب أن يتلقى الطالب الذى يعانى صعوبة فى دروسه المساعدة ممن يمكن أن يقدمها له. ويجب أن يتلقى الشخص الكبير فى السن فى الشارع المساعدة ممن يصدف أن يكون على مقربة كافية. ويجب أن يتلقى الشخص الذى انضم حديثاً إلى مجموعة المساعدة من أحد الموجودين فيها لكى يتعرف على المكان الجديد ويجد جميع التسهيلات التى سوف يحتاج إليها. وهناك قيمة إيجابية تعطى لقدرة المرء على تقديم المساعدة للآخرين وتكريس الوقت والطاقة لتسهيل الأمور لهم. بل إن بعض المهاجرين من الصين يجدون صعوبة فى التأقلم فى هونج كونج مع حقيقة أنه لم يعد هناك من يعتنى بهم حقاً ويرعى شؤونهم.
>
> (فوجل ١٩٦٥، ص ٥٥)

وعلى الرغم من وجود أكثر من مؤشر على التضحية بالعلاقات الخاصة، من المحتمل أن كون العلاقات الاجتماعية والقيم العامة تتصف بالمساواة لعب دوراً كبيراً فى السبب فى أن الدول التى تدعى بالشيوعية تمتعت بصورة تقليدية بمستويات أعلى من الصحة مما كان يتوقع إذا أخذ بالاعتبار متوسط دخل الفرد فيها. وإذا كان الأمر كذلك فهناك على الأقل احتمال تفسير الأداء الصحى المتضائل فى الدول الأوربية الشرقية فى السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين بأنه راجع إلى فقدانها ميزة كانت تشترك فيها فيما سبق مع الدول الشيوعية الأخرى. وحين اشتكى جورباتشيف من انحسار "القيم الأخلاقية السامية" فى الاتحاد السوفييتى ومن تضاؤل "الاهتمام بقضايا المجتمع" وظهور "تبلد الحس والنزوع إلى الشك" كان بالتأكيد يشير إلى تدهور هذه الصفة فى الحياة العامة.

وفى دول أوربا الشرقية ارتبطت هذه القيم ارتباطاً قاتلاً بدعم الحزب وما يفترض أنه المشروع الشيوعى. وبدا أن المواطنَة الصالحة هى تعبير عن الدعم للحكومة ولا يمكن المحافظة عليها إلا حيث لا تزال توجد درجة من المثالية. وفيما أعطى ذلك المجال للسخرية السياسية كان من المحتم أن تتغير الحياة العامة.

وفى بحث بعنوان "التفكك الاجتماعى فى بولندا: المجتمع المدنى أو العصبية العائلية اللاأخلاقية،" يصف تاركوسكا Tarkowska وتاركوسكى Tarkowski (١٩٩١) الخط الفاصل المتنامى بين مجالى الحياة العام والخاص فى بولندا:

> خلال عقد السبعينيات بأكمله ساد اهتمام مكثف بالعائلة والأصدقاء والدوائر الاجتماعية الصغيرة يقابله فتور ملحوظ تجاه الحياة العامة. وكان معنى التسييس فى عام ١٩٨٠-١٩٨١م إعادة الحيوية للمجال العام وبروز [قصير الأمد] للسياسة كبديل. ولكن مع إعلان قانون الأحكام العرفية فى كانون الأول (ديسمبر) عام ١٩٨١م ارتقت الحياة الخاصة إلى القمة . . . . وبحلول عام ١٩٨٩م كان "مجتمعاً خاصاً" بصورة كاملة قد تشكل.
>
> (تاركوسكا وتاركوسكى ١٩٩١)

وقد اتضح التأثير النفسى لهذه الأحداث على السكان فى الانخفاض فى حوادث الانتحار الذى كان كبيراً لكنه مؤقت خلال التفاؤل فى عام ١٩٨١م الذى لفت واتسون Watson الانتباه إليه (واتسون ١٩٩٥). ويقول تاركوسكا وتاركوسكى بعد الإشارة إلى مقاطعة الحياة العامة إن حالات النقص الاقتصادية أدت إلى التنافس والعداء بين الدوائر الاجتماعية الخاصة الصغيرة ونزعت بدورها إلى إيجاد "العدوانية والأمراض الاجتماعية وجميع معالم (المجتمع غير الودى) . . . المنقسم إلى أعضاء فى العائلة و غرباء (تاركوسكا وتاركوسكى ١٩٩١، ص ١٠٤). ومن المثير للاهتمام بصورة خاصة أن المؤلفين وهما يصفان تفكك المجتمع البولندى خلال تلك الفترة يعتمدان على مفهوم "العصبية العائلية اللاأخلاقية" الذى استخدمه بانفيلد Banfield لوصف مناطق جنوب إيطاليا التى وجد بوتنام Putnam فيما بعد أن لديها أدنى مستويات التطور المدنى (بانفيلد ١٩٥٨).

وقد اكتشف د. ليون D. Leon واحداً من أكثر الأشياء لفتاً للانتباه بالنسبة للفجوة الصحية المتسعة بين أوربا الشرقية والغربية خلال السبعينيات والثمانينيات (د. ليون، اتصالات شخصية مع المؤلف، ١٩٩٦). فقد قام بحساب نسبة معدلات الوفاة فى أوربا الشرقية والغربية الناجمة عن كل سبب من أسباب الموت: أمراض السرطان فى كل موضع، السكتة، مرض القلب، الأمراض السارية، إلخ. ثم قام بالشىء نفسه فيما يتعلق بنسبة معدلات الوفيات بين الطبقات الاجتماعية العليا والدنيا فى بريطانيا. وقد اكتشف وجود معامل ارتباط بين الحالتين مقداره نحو (٠,٧) – يزداد عن ذلك قليلاً بالنسبة للرجال وينقص قليلاً بالنسبة للنساء. وبعبارة أخرى، فإن أسباب الوفاة التى اتصفت بأعلى زيادة فى أوربا الشرقية بالمقارنة مع أوربا الغربية مالت إلى أن تكون الأسباب نفسها التى اتصفت بأعلى زيادة فى الطبقات الدنيا بالمقارنة مع العليا فى بريطانيا. وبعض الأسباب مثل سرطان الثدى لم تسهم فى أى من التدرّجين. ولأن الأسباب نفسها ارتفعت فى كلتا المقارنتين، فذلك يوحى أنها تعبير عن المؤثرات البيئية نفسها.

اليابان:

والمثال الخامس والأخير الذى ترد فيه هذه القضايا معاً بطريقة يمكن التعلم منها هو اليابان. فكما سبق أن رأينا ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان ازدياداً كبيراً خلال بضعة العقود الأخيرة مع تضاؤل فروق الدخل فيها (ماrموت Marmot وديفى سميث Davey Smith ١٩٨٩؛ ولكنسون ١٩٩٢). وفى تاريخ لا يعود لأبعد من عام ١٩٧٠م كانت اليابان تشبه بريطانيا إلى حد كبير فى كلا الأمرين (ولكنسون ١٩٨٦). ومع نهاية الثمانينيات من القرن العشرين حققت اليابان أعلى متوسط فى العمر المتوقع عند الولادة فى العالم وأدنى فوارق فى الدخل من بين جميع الدول التى قدمت تقارير إلى البنك الدولى.

ويعكس الانخفاض فى عدم المساواة فى الدخل الذى تميز به جزء كبير من تطور المجتمع اليابانى فى فترة ما بعد الحرب التطور الخاص للرأسمالية اليابانية أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها. ويصف دور Dore عمل الرأسمالية اليابانية قبل الحرب بأنه لا يختلف كثيراً عن النمط المتبع فى دول أخرى. لكن مقدار الضعف والخزى الذى لحق بسلطة المؤسسة اليابانية ومركزها من جراء الهزيمة العسكرية أتاح إمكانية إصلاح الصناعة والمجتمع اليابانيين. فبعد الحرب مباشرة كان "جميع الذين لديهم سلطة رسمية فى جميع مجالات الحياة اليابانية بما فيها الصناعة يعانون انخفاضاً فى المعنويات، ولم تعد لديهم الثقة فى قدرتهم على القيادة" (دور ١٩٧٣، ص ١١٥). "وتنحت وسائل الحض على الولاء والخدمة لتحل محلها دعاية الديمقراطية والمساواة والحرية وكرامة الفرد" (المصدر نفسه، ص ١١٦). ويشير دور إلى "التدفق الكبير لأفكار المساواة بعد عام ١٩٤٥" (المصدر نفسه، ص ٣٣٩) ويقول "لقد تعرضت الصناعة اليابانية لثورة ديمقراطية اجتماعية، فى حين لم تتعرض الصناعة البريطانية لذلك (المصدر نفسه، ص ١١٥). وإضافة إلى ذلك فإن الاحتلال الأمريكى أدى إلى أن تتأثر إعادة البناء بعد الحرب تأثراً كبيراً بنصائح الخبراء الأمريكيين الذين لم تكن لديهم مصالح مكتسبة أو ولاء للمؤسسة القديمة.

ولكن بعض أهم التغيرات كانت رد فعل على الحرب نفسها. فقد كان جزءًا من تعبئة الاقتصاد اليابانى فى زمن الحرب أن مارست الحكومة صلاحيات "شديدة القسوة" على الصناعة (دور ١٩٩٥). وتضمنت هذه الصلاحيات شرط عدم تعيين أعضاء جدد لمجالس إدارة الشركات إلا بموافقة الحكومة، وشريطة أن تكون لديهم معرفة بالصناعة ذات العلاقة أو خبرة بها أو كليهما معاً. وكانت النتيجة أن نسبة مديرى الشركات الذين ارتقوا إلى مناصبهم من خلال الشركة نفسها ارتفعت أثناء الحرب من نحو الثلث فى منتصف الثلاثينيات من القرن العشرين إلى أكثر من (٩٥) بالمائة فى ١٩٤٩م (دور ١٩٩٦؛ أوكى Aoki ودور ١٩٩٤). وهذا، بالإضافة إلى عدة إصلاحات عمالية جوهرية بعد الحرب مباشرة، وفرت أساساً اجتماعياً مختلفاً لتطور بيئة العمل اليابانية؛ فالنصوص التى أتاحت لقادة النقابات المهنية اكتساب الخبرة على مستوى مجالس الإدارة أدت إلى أن تكون بعض أكبر الشركات اليوم تحت إدارة قادة نقابات سابقين.

ويعطى دور فى تحليله المهم للاختلافات فى التنظيم الاجتماعى لمصنعى هيتاشى Hitachi فى اليابان ومصنعين من مصانع إنجلش إلكتريك English Electric "وزناً كبيراً لرغبة فى المساواة الاجتماعية تزداد انتشاراً" فى اليابان (دور ١٩٧٣، ص ١١). ويصف كيف أدى هذا لا إلى اختفاء البنية الهرمية بقدر ما أدى إلى نوع مختلف من البنية الهرمية.

> الاختلاف . . . هو بين نظام طبقى ونظام من الطبقات القابلة للانقسام بصورة لا نهائية؛ فالعاملون فى إنجلش إلكتريك لديهم فكرة عن نظام المراكز فى مصنعهم - وفى الواقع فى مجتمعاتهم أيضاً - على أساس بضع طبقات متجانسة إلى حد ما تفصل بينها فجوات ملحوظة. ويعتمد مدى وعى الأشخاص للفجوات على **تنوع** المعايير المميِّزة التى **تتطابق** معها فى خطوط التقسيم نفسها - الدخل وطريقة الدفع والمراحيض والمطاعم والعطلات وحقوق المعاشات واللباس واللكنة وعضوية النقابات،... إلخ - بالإضافة إلى مراكز السلطة العملية. وعلى عكس ذلك توجد فى نظام شركة هيتاشى فجوات عددها أقل بكثير - فالمراحيض والمطاعم،... الخ.، لا تشير إلى المجموعات المقسمة حسب المراكز؟ وسلالم الأجور تتألف من سلسلة **مفردة** متواصلة.
>
> (دور ١٩٧٣، ص ٢٥٨)

وحتى حين توجد مثل تلك الفجوات؛ فإنها لا تخفق فقط فى التطابق بعضها مع بعض، بل قد تتقاطع فعلياً.

ويبدو أن التجارب المختلفة فى الانقسام الاجتماعى إلى طبقات تظهر أيضاً فى مسوح لا توحى فقط بأن عدد اليابانيين الذين يجدون صعوبة فى تحديد الطبقة الاجتماعية التى ينتمون إليها أكبر جداً من عدد الإنجليز، بل توحى أيضاً أن الطبقات الاجتماعية تلعب دوراً أقل فى استقطاب الدعم للأحزاب السياسية اليابانية.

وداخل الشركة "جميع مديرى هيتاشى تقريباً ارتقوا إلى مناصبهم بعد العمل طوال حياتهم فى الشركة . . . والاحتمال أكبر فى أن يعتبر مديرو هيتاشى أنفسهم وجهاء مجتمع الشركة بحكم كبر سنهم من كونهم رجالاً مسئولين تجاه حملة الأسهم عن اعتصار أقصى حد من الربح من ملكية حملة الأسهم هؤلاء، أى الشركة" (المصدر نفسه، ص ٢٦٠). "وعمال هيتاشى يعانون حرماناً أقل من حيث الكرامة والهيبة من أقرانهم فى إنجلش إلكتريك" (المصدر نفسه، ص ٢٥٩). "وينحدر اهتمام هيتاشى بالمجموعة وتجانسها نزولاً حتى مستوى فريق الورشات" (المصدر نفسه، ص ٢٣١). "لقد كانت اليابان وما زالت مجتمع (تكتل فى جماعات). ولهذا السبب فإن النظام الذى يقلل من التنافس إلى الحد الأدنى ويرفع التعاون والأمن إلى الحد الأعلى . . . يمكن توجيهه بصورة أسهل نحو الجهود المتعاونة سعياً وراء غايات الجماعة بأكملها" (المصدر نفسه، ص ٢٣٠-٢٣١).

وترتبط "نزعة التكتل فى جماعات" فى المجتمع ارتباطاً وثيقاً بما يراه الناس على أنه نزعة أبوية فى الصناعة اليابانية؛ فالتركيز على الولاء وعضوية الجماعة والأداء تعززه جزئياً أنظمة من أهداف الجماعة ومن المكافآت، ولكن تعززه أيضاً الأدوار الاجتماعية التى يلعبها مراقبو العمال والتى هى أوسع بكثير من أدوار نظرائهم فى الغرب. فبالإضافة إلى كونهم مسئولين عن سلسلة أوسع من النشاطات الاجتماعية فى العمل، مثل الاحتفالات والرحلات والنزهات والحفلات، يتوقع أن تكون لديهم معرفة مفصلة بعائلات العمال فى مجموعتهم، وقد يقومون بدور إيجابى فى شئون العمال العائلية.

وخلال معظم فترة ما بعد الحرب، بدا أن فوارق الدخل اليابانية تقلصت وأصبحت الآن متدنية إلى حد كبير عما هى عليه فى الدول الغربية الأخرى ومتدنية إلى حد أكبر مما هى عليه فى بريطانيا والولايات المتحدة. وبالإضافة إلى ذلك فإن نجاح الاقتصاد اليابانى لم يسهل تجنب تسريح العمال فى أوقات الركود فحسب، بل سهل أيضاً توفير طمأنينة أكبر فى الوظائف وإبقاء مستويات البطالة منخفضة. ولكن المدخل المختلف الذى يتبعه المديرون فى الشركات اليابانية لحماية وظائف الأشخاص يبين وجود فوارق هامة فى الأخلاق أيضاً؛ فقد أصبح من الشائع توقع أن يفرض كبار المديرين على أنفسهم تخفيضات فى الرواتب فى الأوقات الصعبة بدلاً من تسريح عمال الورشات (دور ١٩٩٥).

وقد ظهرت بوضوح بعض التباينات الأساسية نفسها بين المجتمعين اليابانى والغربى فى مقارنة لأساليب الشرطة اليابانية والأمريكية (بيلى Bayley ١٩٧٦). وسنبحث هذه الفوارق فى الفصل الثامن فى سياق الانخفاض فى معدلات الجريمة اليابانية الطويل الأمد الذى رافق التحسنات الكبيرة فى الصحة وتقلص فوارق الدخل. ويوضح بيلى تماماً أن رجال الشرطة اليابانية ليسوا فقط أداة تطبيق للقانون، بل لديهم أيضاً تفويض بلعب دور معلمين أخلاقيين. وهو يقول إن النظرة إلى الشخصية هى أنها تستجيب للضغوط الاجتماعية ويُتوقع من المسيئين قبول شروط إعادة تأهيلهم الاجتماعى التى يضعها المجتمع بهدف أن يشعروا بواجب أخلاقى للمساعدة الإيجابية فى الحفاظ على الإجماع الأخلاقى فى المجتمع (بيلى ١٩٧٦). ومن المؤشرات الغريبة على قوة التوسط الاجتماعى الصريح فى الحياة تقرير نشرته إحدى الصحف مؤخراً عن عضوين فى عصابة قاما بزيارة قسم للشرطة للاعتذار عن قتل شرطى ظنت العصابة خطأً أنه عضو فى عصابة أخرى (أندروز Andrews ١٩٩٥).

والشىء المهم بالنسبة للمثال اليابانى فى السياق الحالى ليس إعطاء صفة المثالية لمجتمع أقل تعرضاً للتمزق بسبب الانقسامات الطبقية، ولا هو مخاوف تقديم الفردية ضحية لنظام قد يبدو أنه يستعمل الأبوية لخدمة مصالح رأس المال. وإنما هو الربط بين توزع للدخل بفوارق أقل مع مجال للحياة العامة ذى محتوى اجتماعى حقيقى. فبدلاً من الفراغ الأخلاقى

والاجتماعى الذى لا تتوسطه سوى علاقات السوق، تتمتع الحياة التى تتخطى العائلة ببنية **اجتماعية** متطورة بصورة جيدة. وبغض النظر تقريباً عن الاستخدامات الإيديولوجية التى يمكن إخضاع الحياة العامة لها، فهى بصورة صريحة جزء من الحياة الاجتماعية. وفى حين كان الاعتقاد السائد هو أن بعض الخصائص المميزة للمجتمع اليابانى ليست سوى ترسبات لماضيها الزراعى القريب ستختفى فى مجرى التطور الاقتصادى، من الواضح أن الإطار الاجتماعى كبح بعض المعالم المعادية للمجتمع القائم على آليات السوق والتى كان من الممكن أن تهدده.

الخاتمة:

من الواضح أن فوارق الدخل إن اتسعت أو تقلصت مرتبطة بفوارق هامة فى النسيج الاجتماعى للمجتمع. وهذه الأمثلة أعطت أكثر من دليل مستقى من مقطع نموذجى. فبريطانيا أثناء الحربين العالميتين أبدت تحسنات فى الصحة أكثر سرعة مع ازدياد التماسك والمساواة فى البلاد. وأظهر مثال روزيتو فقدان البلدة لميزتها الصحية مع تدهور التماسك الاجتماعى فيها. وبينت تجربة أوربا الشرقية فقدان الميزة الصحية التى كانت الدول الشيوعية تشترك فيها فى السابق مع المجتمعات الأكثر مساواة. كما بينت أن هذا الفقدان ارتبط بصورة خاصة بانعدام معنى الحياة وتفسخها المتزايدين فى المجال العام. وأخيراً من الممكن رؤية ازدياد سرعة التحسن فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان مع التخفيف من عدم المساواة. وفى جميع هذه الأمثلة نجد ارتباطاً بين نزعة المساواة والتماسك الاجتماعى والصحة الأفضل. ولكن الغرض من هذه الأمثلة لم يكن إعداد مجموعة من النتائج المجمَّعة والمقدمة بصورة أنيقة، بقدر ما كان طرح بعض المواضيع الاجتماعية والبنيوية الأوسع فى سياق عملي، وليس فى مناقشة نظرية بحتة. وتوضح الأمثلة تنوعاً من الروابط فى كلا الاتجاهين بين توزع الدخل وخصائص الحياة الاجتماعية والإيديولوجية والتجارية والاقتصادية.

وعلى الرغم من أنه بإمكاننا أن نرى فى كل مثال وجود هذه الروابط الأوسع، فإنه ليس من الواضح فى أى اتجاه تتجه السببية. وقد تكون قادرة على المضى فى كلا الاتجاهين. فعلى الرغم من أن ضيق الفوارق فى توزع الدخل يؤدى إلى أخلاقية اجتماعية أكثر مساواة، يبدو أيضاً أن العوامل الخارجية التى توجد أخلاقية اجتماعية أكثر مساواة تنزع إلى تضييق الفوارق فى الدخل. إذ لو كانت روح اجتماعية أكثر مساواة ستتطور بصورة خارجية، لأسباب لا علاقة بها بتوزع الدخل، فليس من المعقول أن يتسامح مجتمع من هذا القبيل مع حالات صارخة من عدم المساواة المادية دون أن يبذل جهوداً للتقليل منها. ومن غير المحتمل أيضاً أن يستمر تماسكها ما لم تخفض من عدم المساواة. ومن الناحية الأخرى، إذا حدثت تغييرات خارجية المنشأ فى توزع الدخل؛ فإن الأدلة من مصادر متنوعة توحى أن ذلك سيحدث بسرعة تغييرات فى الإحساس بالتماسك أو الانقسام الاجتماعى. وهكذا بغض النظر عن كيفية تشكل المجتمعات المتماسكة؛ فإن توزع الدخل بفوارق ضيقة شرط ضرورى لبقائها ومن المحتمل أن يقوم بوظيفة مؤشر للخصائص الهامة لنسيجها الاجتماعى.

ورغم الأدلة المختلطة التى تقدمها هذه الأمثلة على اتجاه السببية؛ فمن الممكن الاعتقاد بأن اتساع الفوارق فى الدخل الذى اجتاح عدداً من الدول خلال الثمانينيات من القرن العشرين (ورد بحث آثاره فى بريطانيا فى الفصل السابق) كان مثالاً واضحاً على تغير خارجى المنشأ فى توزع الدخل أدى إلى تدهور فى النسيج الاجتماعى للمجتمع. ولكن حتى فى هذا المثال هناك لبس فى الدليل؛ فالذين سيقولون إن ازدياد عدم المساواة فى الدخل حدث أولاً سيشيرون إلى منشئه فى المنافسة الدولية والتقنية الجديدة التى أضعفت مركز الأشخاص ذوى المستويات المنخفضة من المهارات والتعليم فى السوق. وفى المقابل يمكن أن يسوق آخرون حجة أن النزعة النقدية بصفتها إيديولوجية اقتصادية حدثت أولاً، وأنها كانت دائماً تسعى إلى الهدف الخفى المتمثل فى إضعاف قوة المساومة لدى العمال وتقليص دولة الرفاهة على أمل استخدام فوارق الدخل لحفز النمو الاقتصادى.

وقد يكون معنى هذا الارتباط الوثيق بين توزع الدخل ونوعية النسيج الاجتماعى للمجتمع أن محاولة تحديد التسلسل السببى غير مجدية. فهناك تفاعل مستمر بين الأمرين ليس من سنة و مجموعة من السنوات إلى أخرى، مما كان سيعطى معنى لمحاولة تحديد اتجاه السببية، ولا حتى من شهر لآخر، بل هو تفاعل يجرى يوماً بعد يوم. ويحدث التفاعل بين العمليات الاجتماعية والاقتصادية بصورة دائمة عبر المجتمع بأسره مع التحولات بين الحين والآخر فى مركز الجاذبية المشترك إما فى هذا الاتجاه أو ذاك.

والتماسك الاجتماعى والشعور بروح الجماعة موضوعان هامان نجدهما فى جميع تلك الأمثلة. وعلى الرغم من أن رعاية (أو استخدام) بنية المجتمعات الأكثر مساواة وتماسكاً فى تلك الأمثلة كانت لخدمة أغراض بعيدة مثل المجهود الحربى فى بريطانيا والنمو الاقتصادى فى اليابان أو دعم الأحزاب الشيوعية فى أوربا الشرقية؛ فإن روزيتو والأقاليم الإيطالية تبين أنه من غير الضرورى أن يكون الحال كذلك. ولكن من الواضح أيضاً أن التوجه الأكبر نحو المساواة عاد بالفائدة على الصحة سواء أكان يخدم أغراضاً إيديولوجية أخرى أم لا. وإذا كان على المرء أن ينتقى شيئاً قريباً من لب الاختلاف بين المجتمعات الأكثر مساواة والأقل مساواة؛ فمن المؤكد أنه سيكون شيئاً له علاقة بالطبيعة الاجتماعية للحياة العامة. وبدلاً من مجرد علاقات سوق أو علاقات مصالح شخصية بين العائلات أو الأسر، يبدو أن مجال الحياة فى المجتمعات الأكثر مساواة يبقى مجالاً ذا طابع اجتماعى أكبر مما هو عليه فى المجتمعات الأخرى. ويبقى خاضعاً لمشاركة الناس فى حياة المجتمع الاجتماعية والأخلاقية والإنسانية، بدلاً من أن يُترك لقيم السوق وصفقاتها؛ فالناس يتجمعون للسعى إلى أغراض اجتماعية مشتركة أكثر عمومية وللمساهمة فيها: وذلك هو التماسك الاجتماعى. وكون هذه القوى تلقى الرعاية لخدمة المجهود الحربى أو الإنتاجية الأعلى هو مؤشر على المدى الذى يُضعِف فيه انهيار التماسك الاجتماعى ليس صحةَ المجتمع فحسب، بل وجهودهَ الإنتاجية أيضاً.

بعد أن كتبت هذا الفصل ظهرت أدلة جديدة تبين أن التماسك الاجتماعى له علاقة وثيقة بتوزع الدخل بين الولايات الأمريكية. ففى بحث بالغ الأهمية بعنوان "رأس المال الاجتماعى وعدم المساواة فى الدخل والوفيات" ستنشره **المجلة الأمريكية للصحة العامة** *The American Journal of Public Health*، يقدم كواتشى Kawachi وكندى Kennedy وزملاؤهما أدلة كمية على أن التماسك الاجتماعى يوفر الرابط بين توزع الدخل والوفيات فى الولايات المتحدة. وهذه النتيجة لها أهمية مزدوجة، فهى لا تقدم فقط أول دليل كمى (تمييزاً له عن الأدلة النوعية أعلاه) أن التماسك الاجتماعى يتوسط بين توزع الدخل والوفيات، ولكنه أيضاً يؤكد بناء على البيانات الأمريكية ما يذكره بوتنام Putnam عن إيطاليا ولكنه يهمل أهميته، وهو أن التماسك الاجتماعى على علاقة قوية بتوزع الدخل. وهذه رسالة ينبغى عدم السماح لأى سياسى بأن يتجاهلها.

الفصل السابع

دراسة أنثروبولوجية للتماسك الاجتماعي

من المنظور التاريخي، لا تزال المجتمعات الحديثة تتلمس طريقها نحو تنظيم اجتماعي مرضٍ للنظام الإنتاجي المتكامل إلى حد كبير والذى أنتجه التطور الاقتصادى مؤخراً. فباستثناء حالات قليلة، قبل بضعة أجيال فقط كان العالم حتى فى أكثر الدول تقدماً يتألف بصورة رئيسية من مزارعين صغيرين معظم إنتاجهم لاستهلاكهم الشخصى دون أى اشتراك واضح فى التجارة. وفى بريطانيا حيث كانت بداية ظهور التصنيع لا يحتاج الأمر إلى أكثر من الرجوع إلى جدة جدتى للوصول إلى شخص ولد قبل الفورة الأولى من بناء السكك الحديدية، قبل الثمار الأولى للثروة الصناعية. وفى اليابان يُقدَّر أنه فى تاريخ لا يتجاوز فى القدم أكثر من الستينيات من القرن التاسع عشر، لم يكن أكثر من نحو (٥) بالمائة فقط من السكان يعملون فى أى نوع من العمل يتقاضون عليه أجراً (دور Dore ١٩٧٣). ولم يكن الاقتصاد النقدى معلماً دائماً فى المجتمع البشرى ولم يصبح القوة المهيمنة فى حياة معظم سكان الأرض سوى خلال نصف القرن الماضى. ورغم أن للنقود تاريخاً طويلاً فهى لم تلعب سوى دور هامشى فى حياة المنتجين من الفلاحين ذوى الاكتفاء الذاتى. وحتى الدور الذى كان للنقود فى مجتمعات ما قبل الصناعة كان فى أحيان كثيرة يخضع لتقييد صارم - فالأسعار والأجور كانت تحدد إما بالعرف أو حتى بالقانون، مع تحريم واضح للربا.

وإذا نظرنا إلى الأمام دون النظر إلى الماضى، فمن الواضح أن الطريقة التى تعمل وتستخدم النقود بها ستتغير بشكل جذرى تماماً مع تحولها المتزايد إلى طريقة إلكترونية. وإذا اختفت القطع المعدنية والنقود الورقية فعلاً، وأصبح تدفق الدخل والإنفاق لكل عضو فى المجتمع شيئاً مسجلاً فى ذاكرات حاسبات آلية مركزية فقط، من المحتمل أن النقود ستكتسب معنى جديداً. فبدلاً من توافر النقود فى جيبك أو عدم توافرها، بدأت منشآت

تجريدية مثل التصنيف الائتماني تقيد إنفاق الناس بالفعل بشكل متزايد. وعلى الرغم من الشعور بالقوة الطاغية لاقتصاد السوق وهو يشبّع الحياة العصرية بشكل كامل، وعلى الرغم أيضاً من سيطرته الحتمية على الشئون البشرية، فمن المهم تذكر مدى حداثة هذه القوة ومدى السرعة التى تتغير بها. وفيما تبحث المجتمعات عن طريقة للتعايش مع النظام الإنتاجى الحديث المتداخل تكون ذات صبغة اجتماعية أكبر، من المهم أن نرى المشكلات ونتذكر مدى حداثة سيطرة اقتصاد النقد السائل ومدى السرعة التى تتغير بها.

لقد أصبحت فوارق الدخل أقوى تعبيراً وتحديداً لعدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، لكن يمكن أن يكون لعدم المساواة أسس أخرى. فالرق، والمراكز والألقاب المتوارثة، والنظام الإقطاعى، ونظام انغلاق الفئات الاجتماعية جميعها تحول عدم المساواة إلى مؤسسة بأشكال مختلفة. ومع ارتقاء اقتصاد النقد تخلت العلامات التصنيفية والوضعية الدالة على المركز عن مكانها لتحل محلها علامات نقدية. والآثار الحديثة لعدم المساواة فى الدخل هى الآثار المتضافرة الناجمة عن عدم المساواة وعن السوق. ولكن خلال معظم الوجود الإنسانى كان ما يحافظ على ترابط المجتمعات هو شكل من التبادل مختلف جداً.

تبادل الهدايا:

فى كثير من أشكال المجتمع الأولى وخاصة مجتمعات الصيادين وجامعى الطعام والرعاة والزراعيين البدائيين شاع التشارك فى الطعام وتبادل الهدايا فى المجموعة البدوية أو القرية أو القبيلة بأكملها. وقد كرس علماء الأنثروبولوجيا الاجتماعية جزءاً كبيراً من اهتمامهم لمحاولة فهم الطريقة التى كان يجرى بها تبادل مختلف البضائع، وأنماط التشارك فى الطعام وإعطاء الهدايا ومعايير التبادل. وكان التشارك فى الطعام وتبادل الهدايا بصورة دائمة تقريباً الشكل السائد للتوزيع ضمن المجتمعات الأولى.

لكنه فى كثير من الأحيان لم يقتصر تبادل الهدايا على مجرد التبادل ضمن الجماعة، بل كان يستخدم على نطاق أوسع ليشمل التبادل مع مجموعات الأشخاص المجاورة وأحياناً

على أساس ذى صبغة طقوسية أقوى. وحتى حين كان تبادل البضائع يتم بصورة منتظمة مع مجتمعات أخرى لتحقيق الوظيفة الاقتصادية المتمثلة فى تموين كل مجتمع بالأشياء التى لا يمكنه بسهولة توفيرها لنفسه، كان التبادل يجرى بصورة تبادل للهدايا ويتم تنفيذه من قبل "شركاء تجاريين" تربط بينهم علاقة وطيدة، ويحظر بينهم التبادل السلبى وتعتبر المساومة خروجاً على القانون.

وفرضت معظم المجتمعات تحريماً شديداً لأى تعبير صريح عن المصالح الشخصية المادية؛ "لا يقوم أفراد شعب الكَنج Kung! بالتبادل التجارى فيما بينهم؛ فهم يعتبرون العملية معيبة ويتفادونها بسبب الاحتمال الكبير فى أن تؤدى إلى إثارة الأحقاد" (مارشال Marshall ١٩٦١، ص ٢٤٢ كما استشهد به سالينز Sahlins ١٩٧٤، ص ٢٣٢). ويقول هوجبن Hogbin فى وصف التجارة البرية التى تخدم المصلحة الذاتية والتى تجرى بين قبائل لا قرابة بينها فى بولينيزيا Polynesia: "يبدو كأن الطرفين يشعران بقدر طفيف من الخجل . . . ويقومان بإنهاء الإجراءات خارج القرية؛ فهم يعتبرون أن التجارة يجب أن تجرى فى مكان بعيد عن سكن الناس، ويفضل أن تتم على طرف الطريق أو على الشاطئ" (كما استشهد به سالينز Sahlins ١٩٧٤، ص ٢٣٦).

وحيث كانت الأشكال البدائية من النقود تستخدم حتى داخل مجتمع ما وكان هناك تنافس على الموارد الشحيحة؛ فقد كانت فى جميع الحالات تقريباً تقتصر على تنافس على الكماليات والبضائع الشعائرية، ويستمر تقاسم الطعام والضروريات الأخرى على أساس التساوى (ناش Nash ١٩٦٦). ولا شك أن جزءاً مهماً من سبب سيادة التشارك فى الطعام وتجنب الأنظمة الاجتماعية لتنافس الأشخاص على حق الوصول إلى الأشياء الجوهرية – كان التخلص من مصدر من مصادر النزاع. فقد كان النزاع الاجتماعى الناتج عن منع الأفراد والمجموعات بعضهم لبعض من الوصول إلى الأشياء الجوهرية أمراً يجب تجنبه بأى ثمن. وكما يبين فيرث Firth كانت نتيجة نظام شعب الماورى Maori فى توزيع الطعام هو "أن الموت جوعاً أو الحاجة المدقعة فى إحدى العائلات كانا مستحيلين إذا كان

الطعام متوافراً بكثرة للآخرين فى القرية" (فيرث ١٩٥٩، ص ٢٩٠). والاستشهادات المماثلة لهذا الاستشهاد مألوفة. فشابيرا (Schapera ١٩٣٠، ص ١٤٨ كما استشهد به سالينز Sahlins ١٩٧٤، ص ٢٦٤) يقول إنه بالنسبة لشعب البُشمان Bushmen "الطعام . . . ملك شخصى وتعود ملكيته للشخص الذى حصل عليه. ولكن يتوقع من كل شخص لديه طعام أن يعطى منه لجميع الأشخاص الذين لا يتوافر لديهم. والنتيجة هى أن جميع الطعام الذى يتم الحصول عليه يتوزع بشكل متساوٍ فى المعسكر بأسره." وقد استخدم رادكليف – براون Radcliffe Brown الكلمات نفسها تقريباً فى وصف نظام التشارك فى الطعام لدى سكان جزر أندمان Andaman (رادكليف – براون ١٩٤٨، ص ٤٣ كما استشهد به سالينز Sahlins ١٩٧٤، ص ٢٦٤).

وفى مقالين مهمين يستندان إلى كم كبير من الكتابات الأنثروبولوجية عن أنظمة التبادل القديمة قام سالينز بمزيد من التطوير لهذا التحليل لأنظمة تبادل الهدايا (سالينز ١٩٧٤). فقد فسر انتشار تبادل الهدايا والتشارك فى الطعام فى المجتمعات البدائية على أنه طريقة لحفظ السلام. وبالاعتماد على فلسفة هوبز Hobbes السياسية يصف سالينز أشكال المجتمع المبكرة بأن لديها نزوعًا كامنًا إلى الصراع، إلى "الحرب يشنها كل شخص ضد كل شخص." وليست القضية هى أن حرباً فعلية تدور فى "حالة الطبيعة" التى يصفها هوبز، ولكن فى غياب قوة طاغية (قوة مهيمنة "أو عامة تجعل الجميع ينظرون لها برهبة") قادرة على منع الصراع؛ فالأمر متروك لكل فرد فى تسيير علاقته مع الآخرين بطريقة موضوعة لحفظ السلام وتفادى العداوة. وبعبارة أخرى، إنك مضطر حين لا توجد قوة من الشرطة لأن تعقد بنفسك الصلح مع الناس. وتبادل الهدايا والتشارك فى الطعام هما الطريقة التى كان يتم بها ذلك.

ويلحظ سالينز أن هناك سلسلة متصلة من حب الاختلاط بالآخرين فى إعطاء الهدايا وأشكال التبادل. وهى تتراوح من "التضحية فى سبيل شخص آخر إلى الكسب لحساب المصلحة الشخصية على حساب شخص آخر. ففى أحد طرفى السلسلة توجد الهدية التى لا مقابل لها، وفى وسطها أشكال متنوعة من تبادل الهدايا فيها معايير أكثر صرامة أو أكثر

مرونة حول توقيت الهدية المقابلة وطبيعتها، وفي الطرف الثاني الأشكال المختلفة من التبادل والمساومة في الأسواق الذي يخدم المصلحة الذاتية بصراحة. وهو يركز على العنصر الأخلاقي في تبادل الهدايا مستشهداً بالدراسات الإثنوغرافية لمجتمعات مختلفة: "كان هناك شعور بأن المتاجرة بالطعام أمر ممقوت" (سالينز ١٩٧٤، ص ٢١٨). "مهما كانت القيمة النفعية [لتبادل الهدايا]، وهي قيمة ليس من الضروري وجودها، فهناك دائماً غرض أخلاقي . . . لتوفير شعور ودي . . . وإن لم يوفِّر ذلك الشعور؛ فإنه يخفق في تحقيق غرضه" (المصدر نفسه، ص ٢٢٠). "وتحقيق التماثل [في تبادل الهدايا] . . . هو تخلٍ عن المصلحة الذاتية من كلا الطرفين يمكن بيانه، وهو نبذ للنوايا العدوانية أو لعدم الاكتراث في سبيل تبادل العواطف الودية" (المصدر نفسه، ص ٢٢٠).

وفي نظر سالينز، تعادل الهدية، التي تولد شعوراً بواجب الرد بالمثل، عقداً اجتماعياً بدائياً: فهي كما يقول الطريقة التي يتفاهم الناس بها بعضهم مع بعض. وفي جميع المجتمعات البشرية يُولد تلقي الهدية شعوراً بالمديونية وبواجب الرد بالمثل. بل إن هذا يبدو أحد الأمور القليلة التي تعم جميع المجتمعات البشرية. وهو ارتباط اجتماعي: "إذا كان الأصدقاء يأتون بالهدايا؛ فإن الهدايا تأتي بالأصدقاء" (المصدر نفسه، ص ١٨٦). وهذا الشعور بالمديونية من القوة بحيث إنه كثيراً ما يكون أساس سلطة الزعيم. فالأشخاص الذين يفوقون الجميع في العطاء يفوقون الجميع أيضاً في اكتساب النفوذ والقوة بجعل الناس مدينين لهم.

وقد اختتم سالينز بحثه بالكلمات التالية:

> لقد أُعطي هنا حديث في الاقتصاد يبدو "التوفير" فيه بصورة رئيسية عاملاً خارجي المنشأ. والبحث عن المبادئ التنظيمية للاقتصاد تم في مكان آخر. وبقدر ما تم العثور عليها خارج نزوع الإنسان المفترض نحو المتعة، تُطرح إستراتيجية للاقتصاد البدائي تمثل شيئاً معاكساً للاقتصاد التقليدي.

(المصدر نفسه، ص ٢٣٠)

والمعنى الضمنى هو أن الحفاظ على العلاقات الاجتماعية الجيدة فى تلك المجتمعات كان أهم من الاعتبارات المادية الأضيق.

وهذه الممارسات المؤسساتية هامة ليس لمجرد أنها تتيح تبايناً مع أنظمة التبادل السائدة اليوم؛ بل لأنها تمثل أنماطًا حضارية تطورت بصورة مستقلة بين المجتمعات المختلفة فى العالم بأسره واستمرت ليس لقرن واحد أو ما يقاربه، بل مئات الآلاف من السنين، وغطت الجزء الأعظم من الوجود البشرى. وهى تعكس الأشكال التى نظَّمت الحياة الاجتماعية البشرية من خلالها والمؤسسات التى تعرّف الناس من خلالها على أنفسهم وسلوكهم وعلاقاتهم بعضهم ببعض.

وستعطينا الطريقة التى بنى فيها الهيكل المؤسساتى لذلك السلوك وجهات نظر مختلفة عن كيفية ارتباط بعضنا ببعض، وما هى العلاقة "العادية" أو "الطبيعية" بين الناس حسب فهمنا لها وتجربتنا. ومن المحتمل أن القصد ليس ما إذا كانت الأفعال فى الواقع تخدم المصلحة الذاتية على مستوى آخر. فالمهم هو ما إذا كانت الأشكال الحضارية التى نستخدمها تضع المصلحة الذاتية أو تبادل المشاعر الودية باعتبارها معياراً للعلاقات الإنسانية.

إن أنظمة التبادل التى من خلالها نجتمع كأفراد معاً فى مجتمع لا تبنى داخلنا افتراضات قوية عن الكيفية التى نرتبط بها بعضنا ببعض فحسب، بل يبدو أنها أيضاً تعلمنا مدى النزعة الاجتماعية أو المصلحة الذاتية التى تتصف بها طبيعتنا الأساسية. فمن المحتم أننا نخوض تجربة نمط العلاقات المادية الذى اكتسب صبغة مؤسساتية والذى نعيش حياتنا من خلاله وكأنه تعبير مباشر عن طبيعتنا الداخلية وارتباطنا أحدنا بالآخر.

واستخدام سالينز لفلسفة هوبز السياسية له مضامين مدهشة لا يقوم سالينز بالتوسع فيها. فحين نأخذ فى الحسبان غياب أية سلطة حكومية مهيمنة، سنرى - كما يقترح سالينز - تبادل الهدايا والتشارك فى الطعام وطبيعة المساواة المادية التى تطبع المجتمعات المبكرة على أنها نتيجة حاجة الناس لحفظ السلام بأنفسهم. وإذا كان مصيباً فيجب أن يكون العكس صحيحاً، أى أن المصلحة الذاتية الصريحة فى تعاملات السوق وضخامة

عدم المساواة المادية في المجتمعات الهرمية الحديثة يعزيان إلى وجود سلطة مهيمنة قادرة على حفظ السلام؛ فالشرطة والمحاكم والسجون لا تزيح عن كاهل الناس الحاجة للحفاظ على السلام بأنفسهم فحسب، لكنها تمكننا جميعاً من العيش بطريقة كان يمكن أن تسبب صراعاً. إننا نستطيع أن ندير شئوننا بطرق لا تفضي إلى التناغم الاجتماعي؛ لأننا محميون من جميع العواقب الاجتماعية المترتبة على القيام بذلك. فعدم المساواة المادية وعلاقات السوق متنافرة مع العلاقات الاجتماعية المبالية والمتناغمة إلى حد يجعل السلطة الحكومية المهيمنة القادرة على الحفاظ على النظام الاجتماعي أمراً ضرورياً. وفي ظل سلطتها فقط يمكن تجاهل شكاوى المحرومين دون خطر.

ولم تقتصر المحرمات الاجتماعية القوية ضد التعبيرات الصريحة عن المصلحة الذاتية المادية في أنظمة التبادل على أشكال المجتمع الأولى. ففي انتقال مجتمعات طبقية الفلاحين إلى نظام السوق – بعد فقدان النزعة البدائية إلى المساواة بزمن طويل – اتصف الانتقال التاريخي إلى مجتمع تجاري على نحو كامل بجيشان رئيسي في المواقف الأخلاقية. وقد يكون أشهر إسهام في هذا التغيير الأخلاقي كتاب برنارد ماندفيل Bernard Mandeville **حكاية النحل: أو رذائل خاصة، منافع عامة** الذي نشر لأول مرة عام ١٧١٤م . فماندفيل الذي يعتبر إلى حد كبير أنه مهد الطريق لأخلاق ذات صبغة تجارية أو رأسمالية أكبر – طرح الفكرة التي بدت سيئة للكثيرين والتي مفادها أن السعي إلى المصلحة الذاتية الخاصة مفيد للمجتمع عموماً (جولدسميث Goldsmith ١٩٨٥). وقد انطوى كتاب **حكاية النحل** على "نبذ للإيديولوجية السياسية والاجتماعية السائدة وعرض نظرية اجتماعية جديدة . . . كانت مناسبة بصورة غريبة لتبرير المجتمع التجاري أو . . . الرأسمالي" (جولدسميث ١٩٨٥، ص ١٢٣). "إن المجتمع البشري سيتحسن على يد الأشخاص الذين يوجهون أفعالهم بصورة أنانية للسعي إلى اللذة" (المصدر نفسه، ص ١٦٢). والقضية الجوهرية هي تغيير من مبدأ أخلاقي تعبر عنه النظرة الأقدم بأنه كلما ازداد استهلاك قطاعات المجتمع المتمتعة بأفضل الامتيازات؛ يقل ما يتبقى للآخرين جميعاً، إلى النظرة

الجديدة القائلة إن ازدياد استهلاك الأغنياء يفيد المجتمع؛ لأنه يوفر للفقراء العمل والكسب. إن إحدى النظرتين تعكس طبيعة الإنتاج الزراعى ومحدودية رقعة الأرض، فى حين تعكس النظرة الثانية مجتمعاً تجارياً يبدو الناس فيه - بصورة تكاد تكون حَرْفية - يعيشون على المال من خلال عملهم. وعلى عكس أولئك الذين يلقون مسئولية مشكلات المجتمع على حب جامح للبذخ والنفائس الذى بدا جزءاً من انحلال وفساد الأغنياء، أعلن ماندفيل بأسلوبه الساخر أن البذخ "يستخدم مليون فقير." وحتى السرقة تبقى العمل متوفراً لصانعى الأقفال. وقد سببت هذه الطريقة فى المناقشة غضباً واسع الانتشار واستمرت موضع أخذ ورد طوال القرن الثامن عشر. وأسهم فى هذه المجادلة كل من ديفيد هيوم David Hume وآدم سميث Adam Smith بين أشخاص آخرين. ورغم وجود عناصر اقتصاد سك النقود فى القرون السابقة؛ فقد تم تنظيم التبادل النقدى بحيث يبقى التعبير عن المصلحة الذاتية ضمن حدود يضعها المجتمع. وفى مجتمع القرون الوسطى كان القانون والعرف يحددان الأجور وأسعار السلع الهامة ضمن مستويات تعتبر عادلة ومنصفة. ولم تكن توجد سوق حرة وكان الكسب من حالات النقص المؤقت عملاً مخالفًا للقانون.

وترافق تطور الأخلاقية الاقتصادية الجديدة مع ما يدعى أحياناً "الثورة التجارية" أو "مولد مجتمع المستهلكين" الذى حدث فى إنجلترا فى القرن الثامن عشر (ماكندريك وآخرون McKendrick *et al.* ١٩٨٢). وقد تميزت الفترة بنمو الاستهلاك الجلىّ وانتشار تقليعات الأزياء وتطور الحياة التسوقية والتجارية. وفى نهاية القرن الثامن عشر وصف نابليون إنجلترا بأنها "أمة من أصحاب الدكاكين."

وفى الفترة نفسها أصبحت المصالح المالية قوة ملحوظة فى المجتمع. فقد أنشئ بنك إنجلترا The Bank of England فى عام ١٦٩٤م وكانت توجد سوق نامية للأسهم التجارية. ومن الواضح أن نمو السوق بصفتها المبدأ المتحكم فى الحياة الاقتصادية؛ تطلب التخلى عن حساسيات أخلاقية سابقة. وقد كانت إحدى المزايا الرئيسية للسوق أنها تقوم بعمل توزيع لمظالمها على نحو يظهر أنه آلى وغير شخصى. فقد أعفت أصحاب الامتيازات والقوة من

مسئولياتهم الاجتماعية وضمنت أن الفقراء قلما يستطيعون إلقاء مسئولية معاناتهم على جهة معينة بالذات. ومن الواضح أن فكرة أن باستطاعة السوق على نحو إعجازى أن تحول السعى الجامح لخدمة المصلحة الذاتية إلى عمل من أعمال الرحمة تجاه إخوتنا فى الإنسانية كان لها حلفاؤها الطبيعيون فى عدة قطاعات فى المجتمع.

وتبين درجة عدم المساواة فى المجتمعات الحديثة الدرجة التى نتجاهل بها رفاهة بعضنا بعضاً. وفى الدول التى يجوع البعض فيها، فى حين يتمتع آخرون بحياة هنيئة؛ تكون التقسيمات أقسى وأكثر فجاجة مما هى فى الدول التى تضمن أنظمة الضمان الاجتماعى فيها حصول الناس على حد أدنى من الرزق على الأقل. وبدلاً من أن يعطى عدم المساواة ونظام السوق رسائل منفصلة؛ فإن المعانى الاجتماعية التى ينطويان عليها تلتقى معاً. فإذا كانت البيئة الاجتماعية التى يكون فيها التعبير عن الانفصال الصريح للمصالح أو تعارضها من خلال تعاملات السوق ومن خلال اعتماد الأسر على دخول منفصلة هى بيئة عدم مساواة مادية نسبية؛ فإن معانيها الاجتماعية المسببة للخلاف تتلطف إلى حد كبير. وعملياً تصبح المعانى الاجتماعية للسوق التى تسبب الانقسام أقوى أو أضعف حسب مدى اتساع الفوارق فى الدخل أو ضيقها. وحيث تكون أكثر اتساعاً تنزع مبادئ السوق إلى التدفق إلى بعض حقول الحياة الاجتماعية. فالمجتمعات القائمة على السوق تتحول إلى أنظمة اقتصادية قائمة على السوق مع جعل مبادئ التنظيم الاجتماعية تابعة لمنطق الربح الخاص.

وهناك عدد من العمليات النفسية التى تزيد من تحمل الظلم الاجتماعى وتعطى مظهراً شرعياً لعدم المساواة المادية الذى تولده السوق. وبصورة خاصة هناك اتجاه قوى لأن يفترض الناس أن مركزهم فى المجتمع هو انعكاس لقيمتهم المتأصلة. وفى كتاب **الأضرار الخفية فى النظام الطبقى** يُبيِّن سنيت Sennett وكوب Cobb (١٩٧٣) أنه بين العمال اليدويين فى بوسطن كان أعمق تأثير لوضعهم المتدنى نسبياً اعتقادهم أنهم بالفطرة أقل قدرات من الأشخاص الأعلى منهم مكانة. فإما أن يقبل الناس أن مركزهم هو انعكاس لقدراتهم أو يدخلون فى كفاح دائم لتحسين مركزهم وإنقاذ احترامهم لأنفسهم.

وقد بينت دراسات نفسية كثيرة أننا جميعاً نميل إلى استنتاج القدرة من الزخارف الاجتماعية للوظيفة – حتى فى الأوضاع التى يكون من الواضح فيها عدم احتمال وجود تبرير لذلك. وقد لجأت إحدى التجارب إلى الاختيار العشوائى فى إعطاء كل زوج من المشاركين دور "السائل" و"المتسابق" (روس Ross ١٩٧٨). وكان على السائلين استخدام معارفهم العامة للتفكير فى أسئلة صعبة فى المعلومات العامة يعرفون الإجابة عنها، ثم طرحها على شركائهم المتسابقين. وكان السائلون وشركاؤهم المتسابقون ومجموعة من المراقبين يعرفون جميعاً أن توزيع أدوارهم تم بطريقة عشوائية. ولكن عند انتهاء الجلسة أعطت المجموعات الثلاث – السائلون والمتسابقون والمراقبون – المعلومات العامة للسائلين درجةً أعلى بفارق جيد مما أعطته للمتسابقين. بل إن المتسابقين أعطوا لمعلوماتهم العامة درجة لا تزيد على (٤٠) فى سلم يتراوح من (١ – ١٠٠) وأعطوا شركاءهم السائلين درجة (٦٥) . وتبين أدلة مشابهة أننا نستنتج من أدوارنا وأدوار الآخرين فى مؤسسة ما أو من الوضع الاجتماعى رأياً حول قدراتنا النسبية. والوجه الآخر لهذه المسألة هو التأثير الذى يمكن للفوارق فى المكانة أن تمارسه على تقدير الناس لأنفسهم وعلى ثقتهم بها.

وأحد الجوانب الهامة للسوق والعمالة بالأجر النزعة الفردية التى تثبتانها. وفى لب مفهوم النزعة الفردية الفصل العملى لمصالح كل شخص وهويته عن مصالح الآخرين وهوياتهم. بل إن أبلغ تعبير جوهرى عن النزعة الفردية هو الدور الذى تلعبه النقود فى اقتصاد السوق ونحن نكسب "رزقنا" وننفقه، منقسمين إلى باعة ومشترين فى السوق. إن دخلى – اعتماداً على الدخول الفردية – يخدم احتياجاتى وأى اعتراف باحتياجاتك يهدد كفاية دخلى وبالتالى كفاية أمنى.

وتتضمن الضرورة الاقتصادية للكسب والإنفاق والمؤسسات الاقتصادية التى نقوم بذلك من خلالها عقلانية تحرك جزءاً كبيراً من حياتنا. ومنطق النزعة الفردية التملكية هذا الذى ينمو من معارضة "المصالح" المسوَّقة يوفر لعلماء الاقتصاد نظريتهم حول الاختيار العقلانى. ولكن بدلاً من أن يبقى ذلك المنطق إحدى الحقائق الخارجية فى الحياة يصبح

مُدْخلاً فيها. وبدلاً من رؤية الأوضاع الحقيقية التى هى مصادر سلوكنا أصبح من الواضح أننا نستنتج عقلانية داخلية وكأنها متأصلة فينا. إننا نقول لأنفسنا إننا وُهبنا الأمزجة والحوافز الاجتماعية والمادية والكسبية الداخلية المناسبة التى يبدو أن أفعالنا تعبر عنها. ونتيجة لذلك تغمر النزعة الفردية ذات المصلحة الشخصية التى تتصف السوق بها حقولاً أخرى من الحياة الاجتماعية. وإذا توصلنا إلى معرفة أنفسنا من خلال السوق؛ فإننا عندئذ نتصرف وكأن حوافزها متأصلة فى أعماقنا. وتتغير طبيعة الحياة العامة ويصبح التفاعل الإنسانى خاضعاً لهيمنة قيم السوق اللاجتماعية.

وقد أوضح علم النفس الاجتماعى المدى الذى نتوصل فيه إلى فهم أنفسنا، أى استنتاج طبيعتنا وخصالنا، لا من مصدر استبطانى داخلى أصيل، وإنما مراقبين لسلوكنا. ونحن نستخدم إلى حد استثنائى أدلة وضعية وسلوكية لا لنفسر انفعالاتنا وحوافزنا نحن فقط، بل لكى نخمن أيضاً انفعالات الآخرين وحوافزهم. ونتوصل إلى الاعتقاد أن الكائنات البشرية هى بطبيعتها فى الصورة التى توحى بها ثقافاتها. وهكذا فإننا إذا عشنا ضمن مؤسسات تتمثل عقلانيتها فى تعارض فى المصالح؛ فإن هذه هى الطريقة التى سنفهم بها الطبيعة البشرية. وهذا هو السبب فى أن الناس عبر التاريخ بأكمله انتقالاً من أحد أنواع المجتمعات إلى نوع آخر، يعتقدون أن مؤسسات مجتمعهم بالذات ليست سوى الطبيعة الإنسانية فى نسخة مكبرة؛ فالأشخاص فى مجتمعات تعد تبادل الهدايا هو الشىء الطبيعى فيها نشأوا وهم يحملون مجموعة من الافتراضات عن كيفية ارتباطهم بعضهم ببعض، وننشأ نحن ونحن نحمل مجموعة أخرى منها.

والاتجاه الإنسانى إلى التوصل إلى هذا الاستنتاج له تأثير إضافى هو أن تصورنا لمدى التغير لا يوفيه حقه؛ فهذا التصور يجعل جميع العيوب فى المجتمع تبدو وكأنها ناشئة من حالات القصور لدى الكائنات البشرية وليس من حالات القصور فى المؤسسات. وهذا القلب للأمور قوى جداً بحيث يقوم بمنح الاستقرار للأشكال الحضارية التى نعيش ضمنها. وعلى النحو نفسه نخفق فى إدراك مدى السرعة التى يمكن فيها لنظام اجتماعى مختلف أن يبدو انعكاساً لطبيعة بشرية مختلفة.

وقد كان الحافز لكثير من الأعمال التجريبية حول إدراكنا لانفعالاتنا وعالمنا الحفزى الداخلى هو أدلة بدا أنها تبين أن الانفعالات المختلفة ترافقها حالات متشابهة بشكل عام من الاستثارة الفيزيولوجية (كلينكه Kleinke ١٩٧٨). فبدلاً من العملية الاستبطانية التى نصل بها إلى مصدر داخلى لنخبر حقيقة ما نشعر به، تبين أن الانفعالات تتميز بعضها عن بعض إلى حد كبير بعمليات إدراكية تنطوى على تفسير لوضعنا. وقد تبين أن التجربة الانفعالية لحالة مفترضة من الاستثارة الفيزيولوجية تعتمد على إدراك القرائن التى تدل على الوضع. ولإيضاح أن إسهام الإدراك والوضع فى تجربة انفعال ما تم التلاعب بوضع أفراد أخضعوا لإحدى التجارب لتحريضهم على "عزو خاطئ" لحالة الاستثارة لديهم من مصدرها الإدراكى المبدئى. وبأخذ بعض التلاعب التجريبى الخادع فى البيئة تم إظهار أن الاستثارة الجسدية التى يسببها مبدئياً الخوف أو المزاح أو الانزعاج أو حقنات من الأدرنالين Adernaline أو حتى التمرين الرياضى يمكن الشعور بها على أنها انفعال مختلف تماماً ثم توليد سلوك يعبر عن انفعال مختلف. ولم تعتمد هذه العملية التجريبية من العزو الخاطئ على أى تعبير لفظى أو استرجاع واعٍ أو استجواب.

وواحد من الأمثلة الأقل إدهاشاً والذى مع ذلك ينطبق على السوق ذلك الذى يخص تأثير دفع المال على الحفز الداخلى المنشأ والخارجى المنشأ. فقد طلب من مجموعتين من الطلاب محاولة حل سلسلة من الأحاجى (ديتشى Deci ١٩٧١). وقد قيل لإحدى المجموعتين أنه سيدفع لأعضائها مبلغ محدد من المال غن كل حل صحيح، فى حين لم يدفع أى شيء للمجموعة الأخرى. وبعد ساعة أعطيت المجموعتان فترة استراحة جرت خلالها مراقبتهما عن كثب. وقد تأكد التنبؤ بأن الطلاب الذين لم يتلقوا أى مبلغ سيعتبرون أن حوافزهم داخلية المنشأ وأن هناك احتمالاً أكبر فى أن يستمروا فى العمل خلال فترة الاستراحة. ويوحى هذا أن إدراك حب حل الأحاجى أو كرهه لم تحدده كلياً معرفة داخلية لمدى المتعة أو الإزعاج التى رافقت تجربة حلها، بل تأثرت إلى حد كبير بالدليل الوضعى على الحافز وراءها.

ومن التجارب الأخرى التى توضح النقطة الأساسية نفسها تجربة يتكرر إجراؤها كثيراً وتدعى تجربة "اللعبة المحرمة" وفيها يطلب من مجموعة من الأطفال عدم اللعب بلعبة معينة أثناء غياب مؤقت لمشرف من البالغين (كلينكه ١٩٧٨). ويوجه إلى إحدى المجموعتين تحذير لطيف بعدم عصيان الأمر، فى حين يوجه للمجموعة الأخرى تحذير أكثر صرامة بكثير. ويخضع الأطفال للمراقبة أثناء التجربة ويتضح أنه لا يقوم أى منهم باللعب باللعبة المحرمة. وفى التقويم الذى يجرى فيما بعد توضح الأدلة أن الأطفال الذين تلقوا تحذيراً صارماً يجدون اللعبة أكثر جاذبية مما يجدها الأطفال الذين تلقوا تحذيراً لطيفًا. ونظراً لوجود عدة تفسيرات محتملة لهذه النتيجة؛ فقد كررت التجربة مع عدد من التنويعات. وقد أظهرت النتائج أنه بالنسبة للأطفال الذين يتلقون تحذيراً لطيفًا هناك احتمال أكبر فى أن يستنتجوا أنهم لم يلعبوا باللعبة؛ لأنهم لم يجدوها شديدة الجاذبية. أما الذين يتلقون التحذير الصارم فالاحتمال أقل فى أن يجدوا أنفسهم وقد تصرفوا بحرية حين امتنعوا عن اللعب بها؛ ولذلك فهم لا يستنتجون أى افتقار شخصى للاهتمام بها يفسرون به عدم الاقتراب منها.

لقد أصبح هذا الآن حقلاً مهماً من حقول علم النفس الاجتماعى التجريبى له مجموعة من النظريات الناتجة عن عدد كبير من أنواع مختلفة تماماً من التجارب تبين مدى تقلب انفعالات الغضب والخوف والقرف والميل، حتى القوية منها. ففى كل حالة نجد أن طبيعة الانفعال ليست مجرد تجربة محك اختبار داخلى استبطانى، بل تُستنتج من تفسير إدراكى للوضع.

هذه الأعمال هامة فى السياق الحالى؛ لأنها توضح أننا بقليل من المعرفة الداخلية الأصيلة لحوافزنا وأحاسيسنا؛ نتعرف على طبيعتنا الداخلية من سلوكنا الخارجى فى سياق معين ذى بنية اجتماعية. وكما يقول بِم Bem:" يتوصل الأفراد إلى (معرفة) مواقفهم وانفعالاتهم وأحوالهم الداخلية جزئياً عن طريق استنتاجها من مراقبة سلوكهم الخارجى أو الظروف التى يحدث ذلك السلوك فيها أو كل من السلوك والظروف معاً" (بِم ١٩٧٢، ص ٥). وبصورة جوهرية إن إدراك الذات هو منتج لمعتقدات عن مسببات السلوك وهو – بسبب ضعف المصادر الاستبطانية الأصيلة لوعى الذات – يشترك فى نواحٍ كثيرة مع إدراكنا

لبعضنا بعضاً. ونحن نتعرف على ما نعتبره العالم الداخلى من السلوك الخارجى الذى يحفزه ويبنيه المجتمع والمؤسسات. ولكننا فى فهمنا الواعى نفترض أن العملية تعمل فى الاتجاه المعاكس. فمن المؤكد أن ما أطلق عليه اسم "خطأ العزو الأساسى" يدعم على ما يبدو الاتجاه الذى سبق ذكره إلى رؤية المؤسسات الاجتماعية أنها تعبيرات عن الطبيعة البشرية. وهذا هو اتجاه منهجى يلاحظه علماء النفس الاجتماعيون لدى الناس للتقليل من قيمة تأثير عوامل الوضع الخارجى والتعظيم من أهمية دور الأمزجة المحفزة الداخلية فى إدراك الناس لسلوك الآخرين (ل. روس L. Ross ١٩٧٨). وبعبارة أخرى بدلاً من رؤية الكوابح الحقيقية فى الوضع يُنظَر إلى السلوك كما لو كان مجرد تعبير عن مزاج داخلى راسخ. وسلوك الناس حساس جداً للوضع الذين يكونون فيه بحيث أمكن إثبات أن الكثير من الصفات النفسية المفترضة - التى كنا نظنها من الصفات الدائمة للشخصية - تظهر القليل من الاستقرار أو لا تظهر أى استقرار لدى الانتقال من وضع إلى وضع آخر (ميشيل Mischel ١٩٨٦). وأحياناً كان التلاعب التجريبى بمدخلات أوضاع شديدة البراعة كافياً لسحق الفوارق بين الأشخاص فى الأمور التى كانت تعتبر خصالاً شخصية مستقرة نسبياً.

ومن المهم إدراك أن هذا العمل لا يشير ببساطة إلى استعادة الأشخاص الواعية لأحاسيسهم وحوافزهم أو إلى تقاريرهم الذاتية عنها. بل هو يتناول الكيفية التى يبدو فيها أن سلوك الناس يتشكل عن طريق إدراكاتهم لأحاسيسهم التى يبدو أنها لا تأتى من أى مصدر داخلى أصيل، وإنما هى ليست أكثر من استنتاج إدراكى معقول لما يرجح أن يشعروا به فى ذلك الوضع.

وهناك مؤشر واضح على نحو خاص على قوة التأثير الذى تمارسه السوق على العلاقات الاجتماعية، وهو الطريقة التى يتطابق فيها مدى هذا التأثير مع حدود العائلة؛ فحدود العائلة تتطابق مع الانتقال من علاقات السوق إلى المشاركة. وحين نتحدث عن مجتمع ونصفه بأن نظام العائلة الممتدة يسود فيه فما نعنيه عملياً هو أن دائرة أوسع من الأقارب لهم الحق فى استخدام موارد بعضها بعضاً، وعليهم واجب تجاه الرفاهة المادية لبعضها البعض.

وبصورة عامة يعيش أفراد العائلات والأسر على دخل أسرى مشترك، وحتى حين لا تحصل المشاركة فى الدخل بأكمله فالطعام والمرافق المنزلية مشتركة. وحين يتزوج شخصان أو يبدآن فى التعايش فإن جزءاً مهماً من تلك الخطوة المشاركة فى النفقات وتوليهما مسئولية متبادلة عن رفاهة أحدهما الآخر. وقد بين إ. ب. تايلر E. B. Tylor فى صدد الحديث عن صلات القرابة (الرحم) الأوسع فى المجتمعات البدائية أن الرحم kindred تترافق مع الرحمة kindness، وهما "كلمتان يعبر اشتقاقهما المشترك . . . عن أحد المبادئ الرئيسية للحياة الاجتماعية" (كما استشهد به سالينز ١٩٧٤، ص ١٩٦). وإنه مما سيثير الاهتمام أن نعرف إلى أى مدى ينتج إدراك الصلة الاجتماعية والعاطفية من الطريقة التى تولِّد بها الترتيبات الاقتصادية تطابقًا مشتركًا للمصالح أو تدمره، وإلى أى مدى تتبع الترتيبات الاقتصادية روابط عاطفية سابقة لها.

وكانت المجتمعات البشرية قبل الزراعية بالإضافة إلى ممارستها تبادل الهدايا على قدر كبير من المساواة. بل فى الأغلبية الساحقة من أحقاب ما قبل التاريخ (ربما بلغ ذلك نحو مليونين ونصف المليون من السنين) عاش أسلافنا الذين اعتمدوا فى رزقهم على جمع الأغذية والصيد فى مجموعات صغيرة تسودها المساواة. وقد لفت علماء الأنثروبولوجيا الانتباه إلى عدد من العوامل التى هى أساس هذه النزعة إلى المساواة. وتفسير سالينز لنظام تبادل الهدايا والتشارك فى الطعام هو ضمنياً تفسير أيضاً لنزعة المساواة المادية فى أشكال المجتمع المبكرة (سالينز ١٩٧٤) فكلاهما كانا وسيلتين لحفظ السلام بين الأفراد فى غياب أية قوة هوبزية [١] خارجية تقوم بذلك نيابة عنهم.

وقد أعطى علماء أنثروبولوجيا آخرون تفسيرات مختلفة لنزعة المساواة فى المجتمعات المبكرة. فقد وصف وودبرن Woodburn مجتمعات جامعى الأغذية والصيادين التى تتمتع بدرجة عالية من المساواة بأن لديها ما أسماه اقتصاد "العائد الفورى" وليس اقتصاد "العائد المؤجل" (وودبرن ١٩٨٢). والفارق هو فى مدى ما ينطوى عليه إنتاج الطعام من تأخير بين

(١) Hobbesian نسبة إلى الفيلسوف الاجتماعى الإنجليزى توماس هوبز (١٥٨٨-١٦٩٧). المترجم.

قيام العمال بالعمل والمنتج النهائي. ومن الواضح أن جميع الزراعات تنطوى على عائدات مؤجلة، فى حين أن التقاط ما تنبته الطبيعة من الأطعمة لا يتطلب أى تأخير كبير أو أى تأخير على الإطلاق بين الجهد فى جمعه والاستهلاك. وحين تستدعى الحاجة أدوات معقدة، فهناك أيضاً التأخير بين عمل العاملين فى صنعها والمواد الاستهلاكية الناتجة التى تساعد تلك الأدوات فى إنتاجها. وتؤدى هذه الأشكال من التأخير إلى حقوق ملكية تربط بين الذين يقومون بالعمل والمنتج النهائى. وحتى هذه الأشكال المبكرة من الملكية تؤدى فى رأى وودبرن إلى الابتعاد عن أكثر أشكال التنظيم الاجتماعى مراعاة للمساواة.

وفى مقابل هاتين النظرتين حلل جودى Goody نمو قوى الإكراه (جودى ١٩٧١). وقد اقترح أن كيفية اتباع المجتمعات للشكل الهرمى أو للمساواة تعتمد على التحكم فى وسائل التدمير بقدر ما تعتمد على التحكم فى وسائل الإنتاج. وبعض الأسلحة - مثل الأدوات الحجرية والرماح والقوس والسهام - ديمقراطية فى أساسها من حيث إن بإمكان أى شخص صنعها ومن الصعب منع الناس من الوصول إليها. ومن الناحية الأخرى، لا يمكن الحصول على الأسلحة النارية إلا من مصادر أخرى وإذا تمكن الناس من الفوز باحتكار يجعلها (أو أية أسلحة أخرى أفضل) فى متناول أيديهم وحدهم تكون لديهم القوة على إكراه الآخرين. ومن الواضح أن وسائل الإنتاج هامة أيضاً. فالأنظمة الطبقية تعتمد على التحكم فى الوصول إلى وسائل الإنتاج بطرق تختلف بالضرورة مع اختلاف مراحل التطور. وتختلف إستراتيجية التحكم فى العمالة وفقاً لسهولة اكتساب قدرة مستقلة على الوصول إلى موارد الإنتاج (ولكنسون ١٩٧٣).

ومن الواضح أن هذه الآراء الأربعة تتناسب معًا، رغم أن انطباقها سيختلف من مجتمع إلى آخر ومن مرحلة من التطور إلى مرحلة أخرى. وجميعها مع النظرة التى ترى أن التناغم الاجتماعى كان ذا أهمية قصوى فى المجتمعات المبكرة، وأنه كان يتطلب تجنب التهديدات الموجهة له والنابعة من النزاع على الموارد الشحيحة. وفى كتاب يدور فى لبه حول الآثار الصحية لعدم المساواة، من المهم إدراك أن المجتمعات الإنسانية عبر معظم التاريخ

الإنسانى وما قبل التاريخ حرصت على تجنب بعض المسببات الاقتصادية للتنافر الاجتماعى وفضلت الأنظمة الاجتماعية الأكثر مساواة. وتوحى حقيقة كوننا فى الجزء الأكبر من وجودنا كنوع عشنا ضمن تنظيم اجتماعى يتصف وفق المعايير المعاصرة بالمساواة على نحو متميز بأننا قد لا نكون مهيئين نفسياً لعدم المساواة والفردية. ويمكن رؤية تأثير عدم المساواة والوضع التبعى على البقاء على أنه تأكيد لذلك. وفى حين أنه من الواضح أن الاستجابات للضغط النفسى القصير الأمد التى تهيئ الجسم للعمل لها فوائد هامة فى البقاء، فإن التأثير المزمن للضغوط التى كثيراً ما تكون ملازمة للمركز الاجتماعى المتدنى وللافتقار إلى علاقات اجتماعية قائمة على الدعم المتبادل يبدو شيئاً لم تعتد أجسامنا عليه (الفصل العاشر).

ومن حين لآخر يتجاهل الناس الأدلة التى تشير إلى أننا مهيئون نفسياً للعيش فى مجموعات ذات علاقة اجتماعية قائمة على قدر أكبر من المساواة، ويستشهدون بالتنظيم الهرمى بين قردة الشمبانزى باعتبارها الأقرب إلينا من بين الحيوانات الرئيسة للإيحاء بأن عدم المساواة شيء متأصل بين البشر. ولكن باور (Power ١٩٩١) فى كتاب لها بعنوان **حملة لواء المساواة** *The Egalitarians* تسوق حجة أن قردة الشمبانزى لم تتخل عن التنظيم الاجتماعى المتساوى إلا حين أدخل نظام التغذية الاصطناعية.

فبسبب الصعوبة الكبيرة فى دراسة القردة البرية حين يضطر الباحث إلى تعقبها من مكان لآخر وهى تتجول على هواها، بدأ المراقبون فى إطعامها كى تبقى قريبة من مركز المراقبة. وقد صمموا نظاماً للتغذية المنتظمة من صناديق يمكن فتحها من على بعد فى أوقات معينة. وتقول باور إن ذلك عجل بحدوث تغييرات أساسية فى التنظيم الاجتماعى (باور ١٩٩١). وهى تشير إلى التقارير المختلفة جداً حول تنظيم القردة الاجتماعى وسلوكها قبل أن تصبح التغذية الاصطناعية هى الطريقة المعتادة لمراقبة القردة فى الطبيعة وبعد أن أصبحت كذلك. فأوقات التغذية المنتظمة أدت إلى تجمع أعداد كبيرة من الحيوانات وانتظارها بتوتر فتح صناديق الموز. وأخذ الشجار والعراك يندلع بينها، وتقول باور:

لقد كان تأثير أوضاع التغذية التى تخضع للتحكم البشرى وغير الطبيعية بتاتاً على القردة خطير فيما يخص انعكاسها على السلوك والأسلوب الاجتماعى والعلاقات الاجتماعية. ففى ظل التوتر عند انتظار الثمار مع الآخرين . . . تكونت لدى قردة الشمبانزى روح تنافس شديدة ومباشرة، وبدأ التغيير الجذرى الذى تبين أنه مدمر للنظام الاجتماعى المتأقلم بأكمله. (باور ١٩٩١، ص ٧٠)

لقد تخلخلت أنماط التوزيع وأصبحت المجموعات المتجاورة أكثر عداء بعضها تجاه بعض. والسلوك الخاص بملكية الأراضى "تحول من إقليمية طقوسية مسالمة نسبياً من النوع المألوف فى الحيوانات غير البشرية باتجاه نموذج من السلوك أكثر عدوانية وعنفاً" (جودبول ١٩٨٦، ص ٥٢٨ كما تستشهد به باور ١٩٩١، ص ٧٣).

كما أن العلاقات ضمن المجموعات تغيرت بشكل كبير. والمراقبون الذين كانوا قد أبلغوا عن رؤية نزاع قصير واحد فقط بين قردة الشمبانزى خلال عامين قبل التغذية المصطنعة، ذكروا (٢٨٤) حالة بعد إدخال نظام التغذية، حدث (٦٠) بالمائة منها نتيجة مباشرة للتغذية. وقد تطور تدريجياً تنظيم هرمى اجتماعى واضح قائم على الاستعراضات العدوانية، والتهديدات بالعنف أو العنف الفعلى. ويُستَشهد بقول أحد المراقبين إن الحيوانات التى تشعر بأكبر قدر من عدم الاطمئنان والتى تكون لديها أشد حاجة إلى المركز الاجتماعى هى التى يرجح فى العادة أن تتصرف بعدوانية وبذلك تكسب مكانة فى التنظيم الهرمى.

ولم تتعرض العلاقات الاجتماعية وحدها لتغييرات أساسية بل الجنسية أيضاً. فالاختيار الجنسى التلقائى لدى قردة الشمبانزى البرية من كلا الجنسين، والذى كان سائداً قبل التغذية الاصطناعية، حل محله تدريجياً ضغط ذكرى قسرى على الإناث فى طور الوداق. وكان وصف باور للنمط السابق سيكون صعب التصديق لولا أنه موثق توثيقاً جيداً. فهى تصف "غياباً كلياً لأية إشارة إلى حقوق ينفرد بها الذكر تجاه أنثى فى طور الوداق، وإلى عدم التنافس على الوصول إلى الأنثى أو محاولة لاحتكارها جنسياً، وإلى عدم وجود شركاء جنسيين دائمين، وأية مؤشرات إلى نزعة تملكية أو عدوان بين الذكور فى هذا

الوضع، أو في أي وضع آخر في الواقع" (باور ١٩٩١، ص ٧٧). ولكن بعد التغييرات في البنية الاجتماعية التي تلت إدخال نظام التغذية، حلت محل أنماط التزاوج التي بدا أنها تؤدي وظائف اجتماعية أوسع أنماط أكثر احتكاراً ومنافسة وتملكاً.

وتقوم باور (١٩٩١) بالتعميم من عدد من المصادر الأنثروبولوجية في وصفها للطريقة التي تأخذ القيادة فيها مكانها في سياق بشري قائم على المساواة. فهي تقول إن الدور القيادي في النشاطات المختلفة هو في العادة مجرد اعتراف بالمعرفة أو المهارة الخاصة التي يمتلكها شخص معين في ذلك المجال. وتقول "ليس دور القائد دوراً يسعى الأفراد للحصول عليه، والذين يقومون بذلك الدور يتغيرون باستمرار مع تغير الاحتياجات والظروف. وتقوم المجموعة بشكل تلقائي بتعيين من يقوم بالدور وتمنحه لأحد الأعضاء في موقف معين، ولا يقوم فرد ما بتولي الدور أو الاستيلاء عليه" (المصدر نفسه، ص ٤٧).

فالقيادة إقناعية وليست تسلطية، وتقوم فقط بتوجيه الزمرة نحو الإجماع الذي هو الموضع الحقيقي لاتخاذ القرار؛ ولذلك فإن استقلالية الآخرين واعتمادهم على الذات لا يتقلصان بالاعتماد على سلطة أي شخص مركزي أو صاحب اعتبار. ولا ينقص احترام الذات أو يزيد من خلال تولي دور التابع أو دور القائد. فالتركيز في تلك المجتمعات هو على التبادلية المعممة.

(المصدر نفسه، ص ٤٧)

وحقيقة أن التنظيم الاجتماعي لقردة الشمبانزي ليس دائماً تنافسياً أو هرمياً، يعني أنه لا يمكن استخدام التقارير عن الطبقات النقرية (القائمة على حق الطيور في نقر بعضها بعضاً) أو الأنظمة الهرمية الاجتماعية بين الحيوانات للإيحاء بأن النظام الهرمي الاجتماعي في المجتمعات البشرية له أساس "طبيعي" أو وراثي. فمن الواضح أنه حتى بين الحيوانات الرئيسة غير البشرية توجد أشكال مختلفة محتملة من التنظيم الاجتماعي، وقد نكون على خطأ إذا اعتقدنا أن النظام الهرمي الاجتماعي هو صفة مميزة من صفات أقرب الأنواع إلينا.

الفصل الثامن
أعراض التفسخ

إن الأمراض الأقوى علاقة بالمركز الاجتماعي - الاقتصادي داخل كل دولة تختلف من دولة إلى أخرى، ففي فرنسا مثلاً تفاوتات كبيرة جداً في مسببات الوفاة المتعلقة بالكحول وفي أمراض السرطان، في حين أنه بالنسبة للوفيات من مرض القلب لديها درجة ميل عكسي طفيف. وعلى عكس فرنسا توجد في كل من السويد وإنجلترا تفاوتات أقل بكثير في الوفيات الناتجة عن أمراض السرطان، لكنهما تبديان معدلات من مرض القلب تزداد إلى حد كبير مع الهبوط في السلم الاجتماعي (كونست Kunst ومكنباك Mackenbach، قيد النشر ١٩٩٦). ويبدو أن هناك اتجاهاً لدى الدول التي توجد فيها معدلات وفيات عالية من سبب معين بصورة غير عادية - لأن تكون فيها فوارق اجتماعية - اقتصادية كبيرة جداً في معدلات الوفيات من ذلك السبب نفسه. وتشمل الأمثلة الوفيات المتعلقة بشرب المواد الكحولية في فرنسا والوفيات بسبب العنف في الولايات المتحدة والموت من مرض القلب والأمراض التنفسية في إنجلترا وويلز. وقد يعني هذا ضمناً أن أسلوب حياة المجموعات الاجتماعية - الاقتصادية الأعلى ذو صبغة عالمية أقوى وهو بالتالي أكثر تجانساً بين الدول. وفي المقابل قد يكون هناك احتمال أكبر في أن تُظهر المجموعات الاجتماعية - الاقتصادية الأدنى الصفات الثقافية الخاصة بكل دولة.

ولكن رغم الاختلافات من دولة لأخرى في الأمراض الأوثق علاقة بمدى عدم المساواة الاجتماعية - الاقتصادية ضمن كل دولة، فلا يزال بإمكاننا أن نسأل عن وجود أية مؤشرات تدل على أنماط مشتركة تتكرر في عدد من الدول. هل تتجه بعض أسباب الوفاة إلى أن تكون أعلى حيث تكون الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية أو الفوارق في الدخل أكبر؟

إن الأعمال الأخيرة التي كان القصد منها إلقاء الضوء على طبيعة العلاقة (التي ورد وصفها في الفصل الخامس) بين توزع الدخل ومتوسط العمر المتوقع قسمت الارتباط بمتوسط العمر المتوقع إلى معدلات وفيات من أسباب محددة تسهم في ذلك المتوسط (ماكايزاك

McIsaac وولكنسون ١٩٩٥). وكان الهدف معرفة ما إذا كانت هناك بعض أسباب الوفاة التى لها علاقة وثيقة بشكل خاص مع توزع الدخل فى تفاوته بين عدد من الدول التى تتمتع باقتصاد سوق قوى. فإذا كان الأمر كذلك فقد يكون فى نوع أسباب الوفيات ذى الصلة علامة تشير إلى شىء من العمليات الاجتماعية الكامنة وراء تلك العلاقة.

ورغم بعض الصعوبات المنهجية الهامة برز نمط واضح ومعقول إلى حد لا بأس به. ففى حين تتجه جميع التصنيفات السببية الرئيسية - الأمراض السارية وأمراض السرطان ومرض القلب الإقفارى والأمراض الدورانية الأخرى والمرض التنفسى ومرض الكبد المزمن والحوادث - إلى الانتشار بصورة أكبر فى الدول التى توجد فيها فوارق أكبر فى الدخل، فإن بعضها أكثر تأثراً من البعض الآخر. وأضعف علاقة من بين المجموعات السببية الرئيسية هذه هى العلاقة بجميع أمراض السرطان. ووجدت أقوى العلاقات بتوزع الدخل فى الوفيات من مرض الكبد المزمن والتشمع الكبدى وحوادث المرور والأمراض السارية والموت من إصابات ناتجة عن أسباب غير حوادث المرور، وهذا السبب الأخير ينطبق بشكل خاص على الشبان الذكور. كل هذه الأسباب أبدت اتجاهاً إلى زيادة فى الانتشار فى الدول التى تزداد فيها الفوارق فى الدخل. (وهذا لا يعنى أن الأمراض الأخرى، مثل مرض القلب، ليست على علاقة وثيقة مع فوارق الدخل فى بعض الدول على الأقل. إنما يعنى فقط أن علاقتها ليست قوية فى معظم الدول).

وإذا كان السبيل الرئيسى لتأثير توزع الدخل على المعايير القومية للصحة هو من خلال مستويات الضغط النفسى المزمن فى المجتمع، فهذه إذن مجموعة من أسباب الموت يتوقع المرء بصورة معقولة أن تكون ذات علاقة بالأمر. ومن المرجح أن يتكون جزء كبير من الوفيات من مرض الكبد المزمن والتشمع الكبدى من الوفيات المتعلقة بتناول الكحول والمخدرات. (ومن المؤسف أن توزع الوفيات المتعلقة بالمخدرات ينقسم فى التصنيف الدولى بين عدة عناوين مختلفة). وفى جميع طبقات المجتمع يستخدم الكحول (كما لاحظنا من قبل) لمساعدة الناس على الاسترخاء ولتسهيل الاتصال الاجتماعى ولدفن الأحزان والهروب من الظروف المسببة للضغط النفسى. وهناك عدد من المخدرات الأخرى المتنوعة التى قد تسهم فى مرض الكبد المزمن لها استخدامات مماثلة.

ولكن الأكثر إثارة للاهتمام هو مساهمة الحوادث. فلنأخذ أولاً معدلات الوفيات من حوادث الطرق التى ترتبط عالمياً بصورة وثيقة مع توزع الدخل. وفى حين أن أحد المكونات فى هذه المعدلات له علاقة باحتساء الكحول، فمن المرجح أيضاً أن تكون الحوادث حساسة إلى حد كبير لموقف الناس تجاه بعضهم بعضاً فى المجتمع بأكمله وللسلوك العام. ويأتى تأثير سلوك السائق على حوادث المرور فوق خلفية من التحسينات التقنية فى تصميم السيارات والطرقات وسلامتها اتجهت إلى التقليل من معدلات الحوادث عالمياً. ومع ذلك فما توحى به الإحصائيات هو أن معدلات الحوادث أعلى فى الدول ذات الفوارق الأكبر فى الدخل. وقد لا يكون هناك أى مؤشر آخر على معايير سلوك الناس نحو الآخرين المجهولين فى المجتمع يعادل فى دلالته أوجه طريقة قيادتهم للسيارات. فالسلامة تعتمد على مجاملة السائقين بعضهم لبعض، وعلى استعدادهم لفسح المجال عند معابر المشاة، وعلى التسامح تجاه الأخطاء الطفيفة، وعلى الانصياع لحدود السرعة القصوى وغيرها من أنظمة المرور، وعلى مراعاة سلامة المشاة، وخاصة الأطفال، فى شوارع المدن. وتزداد خطورة الشوارع والطرق كلما ازدادت لدى السائقين المنافسة والعدوانية وعدم التعاون ومخالفة القانون والرعونة وعدم مراعاة الآخرين. ومن المحتمل بطرق كثيرة أن يكون سلوك قيادة السيارات انعكاساً شديد الحساسية للطريقة التى يرى الناس بها أنفسهم فى علاقتهم بأعضاء غير معروفين من الجمهور فى المجتمع بأسره. هل ينظر الناس إلى أعضاء الجمهور الآخرين على أنهم رفاقهم المواطنين الذين تعتمد رفاهة كل منهم على الآخرين بصورة متبادلة أم يرى الواحد منهم الآخر أنه ليس سوى عقبة فى طريقه؟

وبالطبع لا ينطبق هذا على سلامة الطرق وحدها؛ فالحوادث الأخرى غير المرورية مرتبطة بتوزع الدخل، وخاصة إذا تم قياس توزع الدخل بين الشبان والشابات العازبين الذين ليس لديهم أطفال والذين يعيشون حياة معرضة للحوادث بصورة خاصة (ماكايزاك وولكنسون ١٩٩٥). وتشمل هذه الحوادث بعض الوفيات التى تسببها المخدرات وستتأثر جزئياً بمدى القيمة التى يضعها الناس لحياتهم بالذات. وكثيراً ما يعنى الاهتمام بسلامة الآخرين تجنب الأخطار التى قد تؤذى الغافلين. وتفادى تعريض الآخرين لجميع أنواع المخاطر والمجازفات يعنى احترام رفاهة الآخرين المجهولين والتفكير فى حمايتهم. والمجتمعات الآمنة هى المجتمعات

الجيدة التنظيم، التى يكون مستوى التخريب المتعمد للممتلكات فيها منخفضاً، ويكون إحساس الناس بأنفسهم على أنهم جزء من مجتمع ذى مصالح مشتركة.

وبالإضافة إلى الكحول والحوادث، فإن الاتجاه لأن تكون معدلات الوفيات من الأمراض السارية أكثر ارتفاعاً فى الدول ذات الفوارق الأكبر فى الدخل يمكن فهمه أيضاً على أساس ما يعرف من تأثيرات يؤثر الضغط النفسى بها على النظام المناعى. وعلى الرغم من أن مرض القرب يرتبط بصورة وثيقة بفوارق الدخل فى بعض الدول، فالرابطة بينهما ضعيفة بصورة عامة، رغم أنها بين النساء أقوى منها بين الرجال. وتوفر دراسات التأثيرات العصبية النفسية على الغدد الصماء تفسيرات محتملة لسبب العلاقة بين مرض القلب والضغط الاجتماعى - الاقتصادى.

وتعطى البيانات المتوافرة عن خمسين ولاية أمريكية قاعدة من أفضل القواعد الإحصائية التى يمكن الارتكاز عليها فى تحليل تأثيرات توزع الدخل. وكما رأينا فى الفصل الخامس، تبين الدراسات التى استخدمت هذه البيانات النمط المتوقع من معدلات الوفيات الإجمالية الأعلى فى الولايات التى تبلغ عدم المساواة فى الدخل فيها أقصى مدى لها (كابلان وآخرون G. A. Kaplan *et al.* ١٩٩٦؛ ب. ب. كينيدى وآخرون B. P. Kennedy *et al.* ١٩٩٦). ولا تتغير العلاقة كثيراً حين يتم ضبطها وفق التأثيرات الأضعف كثيراً التى تنجم عن الدخول المتوسطة أو وفق الفقر المطلق. ولكن ما يثير الاهتمام على نحو خاص ضمن السياق الحالى هو أن الرابطة بين توزع الدخل وكل من معدل جرائم القتل ومعدل جرائم العنف أقوى حتى من الرابطة بين توزع الدخل وإجمالى الوفيات. ويبين الشكل (٨ - ١) الارتباط بين معدلات القتل وحصة النصف الأقل ثراء من السكان من إجمالى دخل الأسر عبر ست وأربعين ولاية تتوافر بيانات عنها (أنا مدين لكابلان ولينش Lynch اللذين كانا شديدى الكرم وزودانى بهذه البيانات قبل أن ينشراها) (انظر كابلان وآخرون ١٩٩٦). ويزيد التعديل حسب لوغاريتم الدخل الوسيط فى كل ولاية قوة الارتباط من مقدار (٠,٧٢) بالمائة (P< ٠,٠٠١) المبين فى الشكل (٨ - ١). وتوحى معاملات الارتباطات هذه أن فوارق عدم المساواة فى الدخل قد تفسر ما قد

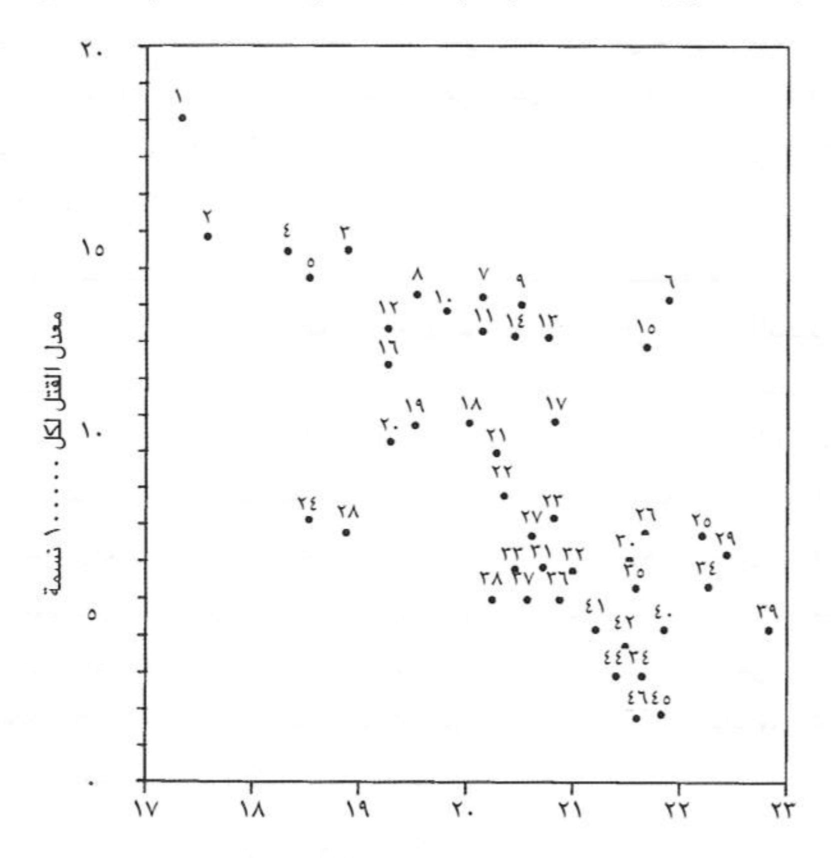
يصل إلى نصف الفوارق الكبيرة جداً فى معدلات القتل من ولاية لأخرى (وهى تتفاوت من ٢ إلى ١٨ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة فى العام). والتقارير السابقة التى تظهر أن معدلات القتل فى الولايات المتحدة أوثق ارتباطاً بعدم المساواة فى الدخل منها بالفقر المطلق تؤكد هذه النتائج (بلاكويل Blackwell ١٩٩٠؛ كرتشفيلد Crutchfield ١٩٨٩؛ بلاوس Blaus وبلاوس ١٩٨٢؛ كرى Currie ١٩٨٥).

وقد وجد تقرير أسبق من هذه الدراسات بزمن طويل - مستخدماً بيانات من الفترة ١٩٦٧-١٩٧٣م مأخوذة من **المناطق المدنية الإحصائية القياسية فى الولايات المتحدة** - علاقات واضحة بين معظم التصنيفات الرئيسية للجريمة وحجم "فجوة الدخل" بين دخول أفقر (٢٠) بالمائة من السكان والدخول المتوسطة فى كل منطقة (بريذويت Braithwaite ١٩٧٩). والاختلافات الوطنية فى تصنيف الجريمة والإبلاغ عنها تشكل عقبة جدية للدراسات المقارنة الدولية. والقتل هو أحد تصنيفات الجريمة القليلة التى تتيح القيام بمقارنات عبر البلاد. وباستخدام بيانات من إحدى وثلاثين دولة بيّن بريذويت وبريذويت (١٩٨٠) أيضاً علاقة ذات دلالة إحصائية بين ازدياد عدم المساواة فى الكسب ومعدلات القتل الأعلى. ووجد ميسنر Messner (١٩٨٢) أن مدى عدم المساواة فى الدخل يفسر (٣٥) بالمائة من الفوارق فى معدلات القتل بين تسع وثلاثين دولة توافرت له بيانات عنها.

وكون الروابط بين الجريمة وعدم المساواة فى الدخل تتوازى إلى حد ما مع الروابط بين الصحة وعدم المساواة له دلالة كبيرة على القنوات التى تتأثر الصحة من خلالها. فهو لا يعطى تأكيداً مستقلاً بأن لتوزع الدخل تأثيرات نفسية هامة على المجتمع فحسب، بل يبين أن التأثيرات تتماشى مع وجهة النظر القائلة إن اتساع فوارق الدخل يسبب الانقسام فى المجتمع. بل إن هناك أقوالاً بأنها تقوض شرعية المؤسسات الاجتماعية على نطاق أوسع. وقد وجدت دراسة قاست (ربما بصورة مريحة بشكل مبالغ فيه) الاضطرابات السياسية فى دول وصلت مراحل مختلفة من التطور بمعدل الوفيات الناجمة عن أعمال الشغب والتفجيرات والاغتيالات أن هذه الوفيات ترتبط أيضاً بتوزع الدخل (بافين Pavin ١٩٧٣).



الشكل (٨ - ١): العلاقة بين توزع الدخل وجرائم القتل فى الولايات المتحدة الأمريكية فى عام ١٩٩٠م



الحصة المئوية من إجمالى دخل الأسر التى يتلقاها أفقر (٥٠) بالمائة من السكان

١ لويزيانا ٢ ميسيسيبى ٣ تكساس ٤ نيويورك ٥ ألاباما ٦ ماريلاند ٧ كاليفورنيا ٨ جورجيا ٩ كارولاينا الجنوبية ١٠ فلوريدا ١١ إيلينوى ١٢ تينيسى ١٣ كارولاينا الشمالية ١٤ ميشيغان ١٥ نيفادا ١٦ أركنسو ١٧ فرجينيا ١٨ ميزورى ١٩ نيومكسيكو ٢٠ أوكلاهوما ٢١ أريزونا ٢٢ بنسلفانيا ٢٣ نيوجيرزى ٢٤ كنتكى ٢٥ ديلاور ٢٦ إنديانا ٢٧ أوهايو ٢٨ فرجينيا الغربية ٢٩ ألاسكا ٣٠ واشنطن ٣١ رودآيلاند ٣٢ كولورادو ٣٣ كونيتيكت ٣٤ ويسكنسن ٣٥ وايومنغ ٣٦ كانساس ٣٧ مونتانا ٣٨ ماساتشوستس ٣٩ يوتا ٤٠ هاوايى ٤١ أوريغون ٤٢ منيسوتا ٤٣ نبراسكا ٤٤ أيداهو ٤٥ مين ٤٦ أيوا.

المصادر: بيانات مأخوذة من إحصاء السكان والمركز الوطنى للإحصائيات الصحية، من وضع كابلان وباموك Pamuk ولينش Lynch وكوهين Cohen وبلفور Balfour (١٩٦٦) الذين تفضلوا بتقديمها للنشر فى هذا الكتاب.

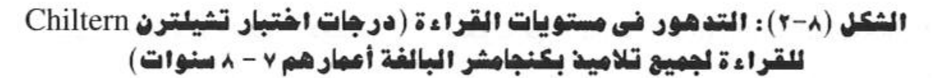
والارتباط بين توزع الدخل من جهة والقتل والجرائم العنيفة والوفيات المتعلقة بالمشروبات الكحولية وحوادث المرور والوفيات من "إصابات أخرى" يعطى دعماً قوياً لوجهة النظر القائلة إن للفوارق فى توزع الدخل تأثيرات نفسية – اجتماعية واسعة الانتشار. وعلى الرغم من أن هذه الأنماط، كما رأينا، لا تنطبق فى جميع الدول؛ فإنها تجد أصداء قوية فى أنماط عدم المساواة الاجتماعية فى بعض الدول. وقد وجدت دراسة فى هارلم Harlem، وهى من المناطق التى تعانى أعلى درجات الحرمان فى مدينة نيويورك أن معدلات الوفيات كانت أعلى بالنسبة لغالبية الأعمار بعد سن الرضاعة مما هى عليه فى أرياف بنغلادش (ماكورد McCord وفريمان Freeman ١٩٩٠). بل إن للصبى الذى يولد وينشأ فى هارلم فرصة أقل فى أن يصل إلى سن الخامسة والستين من رضيع فى بنغلادش. وبالنسبة للرجال والنساء الذين يقلون عن (٦٥) عاماً كانت المخاطر النسبية فى هارلم بالمقارنة مع باقى الولايات المتحدة فى أعلى درجاتها بالنسبة للوفيات من المخدرات والقتل والكحول وتشمع الكبد، بهذا التسلسل نفسه. وقد بلغ مجموع الوفيات من تشمع الكبد والكحول والقتل والمخدرات معاً نحو (٤٣) بالمائة من الوفيات الزائدة و (٣٠) بالمائة من جميع الوفيات. وهذا النمط من ارتفاع الوفيات فى المناطق المحرومة – والذى يتشابه فى نواحٍ كثيرة مع النمط المرتبط بعدم المساواة فى الدخل على مستوى كل من الولايات المتحدة والعالم ككل – يعطى صورة معقولة جداً عن ارتفاع الوفيات المرتبط بالتأثيرات المباشرة للإقصاء الاجتماعى.

وتوحى العلاقة بين توزع الدخل وأسباب الوفيات الاجتماعية فى ظاهرها ضمناً بوجود تأثيرات نفسية – اجتماعية لتوزع الدخل يحتمل أن يكون لها نتائج اجتماعية ملحوظة أخرى. والتأثيرات التى رأيناها على أنماط الوفيات هى أسهل ما يمكن تتبعه من النتائج بسبب توافر بيانات عن الوفيات يمكن مقارنتها عالمياً. ورغم أنه تم فى الولايات المتحدة إظهار روابط بين توزع الدخل من جهة والقتل وبعض أنواع الجريمة الأخرى ونسبة السجناء من السكان من جهة أخرى (كابلان وبريذويت ١٩٧٩). فكثيراً ما تكون البيانات الواضحة غير متوافرة بالنسبة لمؤشرات اجتماعية أخرى قد تعكس التأثيرات النفسية – الاجتماعية لتوزع الدخل.

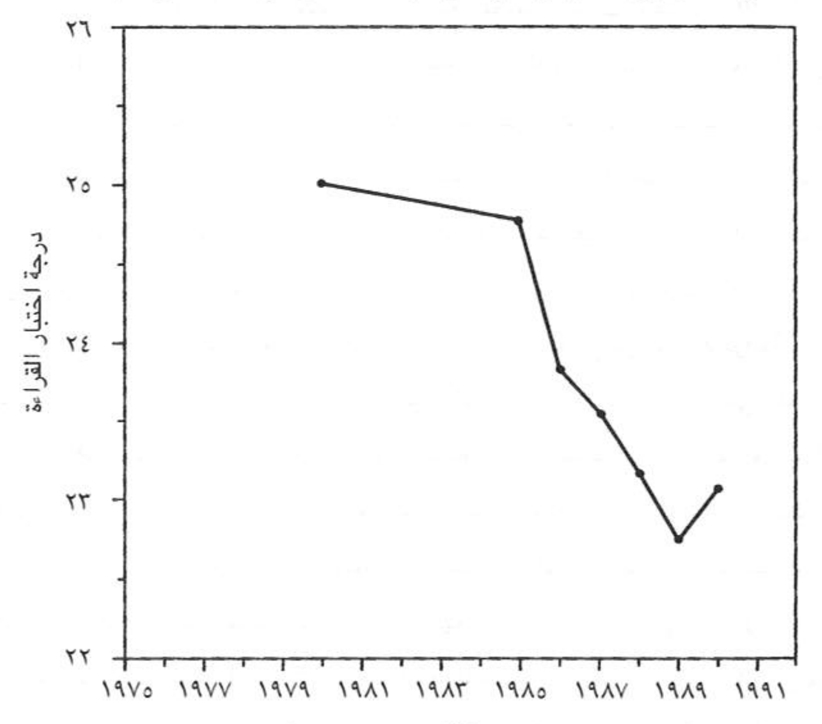
وقد يعنى الافتقار إلى بيانات يمكن مقارنتها عالمياً أن من الأسهل أحياناً النظر إلى النزعات عبر الزمن ضمن دولة واحدة من مقارنة دول مختلفة فى نقطة معينة من الزمن. وفى العادة تكون التغيرات فى توزع الدخل من الصغر والبطء بحيث لا يكون من المعقول أن نتوقع إمكانية التعرف على تأثيراتها. بل إن علماء الاقتصاد اعتادوا النظر إلى فوارق الدخل على أنها عامل ثابت غامض، يكاد يكون من المستقرات الاقتصادية. ولكن فى بريطانيا أثناء الثمانينيات من القرن العشرين اتسعت فوارق الدخل بسرعة أعلى من أية سرعة سبق تسجيلها وأعلى من سرعتها فى أية دولة متقدمة أخرى (مع إمكانية استثناء نيوزيلندا) (هيلز Hills ١٩٩٥). وقد أوضحت النزعات فى الشكل (٥ – ٩). والنقطة التى يجب ملاحظتها هى أنه بعد أن اتسع توزع الدخل ببطء بدأ يتسع بسرعة عالية جداً من نحو عام ١٩٨٥م. وهذا يعطى فرصة هامة للبحث عن البصمة النفسية – الاجتماعية لازدياد فوارق الدخل.

وكما رأينا فى الفصل الخامس، فإن اتساع الفوارق أثناء السنوات الأخيرة من الثمانينيات رافقه تباطؤ فى معدل التحسن فى معدلات الوفيات القومية بين مجموعات الأعمار الأدنى من (٤٥) سنة (الشكل ٥ – ١٠)، كما رافقه ازدياد فى فوارق معدلات الوفيات بين المناطق الأغنى والأفقر فى البلاد (فيليمور وآخرون *et al.* Philimore ١٩٩٤؛ ماكلون McLoone وبُدى Boddy ١٩٩٤؛ مجلس صحة جلاسجو Glasgow الكبرى ١٩٩٣). ويبدو أن هذا النمط رافقه نمط مماثل بصورة تامة تقريباً فى نتائج اختبارات مَلَكة القراءة لدى الأطفال (ولكنسون ١٩٩٤ج). فحيث إن سلطات التعليم المحلية Local Education Authorities فى بريطانيا تجرى اختبارات لمستوى القراءة لطلاب المدارس الابتدائية كل عام؛ فإن هذا أحد مقاييس النتائج القليلة الحساسة من الناحية النفسية –الاجتماعية التى تتوافر لها بيانات واضحة. وكان أول تحذير عن انحدار فى المستويات قد صدر عن مجموعة غير مسماة من علماء النفس التربويين الذين قالوا إن مستويات القراءة تدنت فى سلطات التربية المحلية التى يعملون بها، "خاصة خلال الفترة منذ عام ١٩٨٥م" (جورمان Gorman وفرنانديز Fernandes ١٩٩٢). وبالإضافة إلى ما أثاره ذلك من النقاش حول طرق التدريس فقد حفز أيضاً إلى إجراء المزيد

من البحث. وقد قام مجلس الامتحانات والتقويم فى المدارس Schools Examinations and Assessment Council بتكليف المؤسسة القومية للبحوث التعليمية National Foundation for Educational Research بمراجعة أدلة التغير فى مستويات القراءة لدى الأطفال فى سن السابعة أثناء الثمانينيات من القرن العشرين. وقد بدأت المؤسسة بتصيد سلطات التربية المحلية التى لديها سجلات لنتائج اختبارات القراءة للأطفال. وذكرت تسع عشرة سلطة من أصل ست وعشرين استجابت للمؤسسة أن المستويات تدهورت وأن الاتجاه الهابط "برز بأوضح صورة بعد عام ١٩٨٥" (جورمان وفرنانديز ١٩٩٢). وخشية أن يكون انطباع التدهور ناتج عن تحيز فى التقارير، نظرت المؤسسة إلى النتائج من عينة عشوائية من المدارس. وبسبب تغييرات فى امتحانات القراءة اضطرت اللجنة إلى حصر مقارنتها فى الفترة ١٩٨٧ – ١٩٩١ . وقد أكدت النتائج أن هناك بالفعل تدهوراً فى مستويات القراءة. وأخيراً قام علم نفسى تربوى فى سلطة التربية المحلية فى بكنجامشر Buckinghamshire – حيث استخدمت امتحانات القراءة نفسها لجميع الأطفال فى مدارس السلطة خلال الثمانينيات بأكملها – بتحليل الاتجاهات فى مستويات القراءة لديهم. وتظهر النتائج فى الشكل (٨ – ٢) الذى يجب مقارنته مع الشكل (٥ – ٩) (ص ١٢٨) والشكل (٥ – ١٠) (ص ١٣١). ويقول المؤلف تعليقاً على التدهور إنه "من الواضح أن عام ١٩٨٥ هو سنة فاصلة كما توحى بذلك أيضاً بيانات ترنر Turner" (ليك Lake ١٩٩١). وتوافق جميع السلطات على وجود تدهور فى مستويات القراءة برز بصورة شديدة الوضوح منذ عام ١٩٨٥م.



الشكل (٨-٢): التدهور فى مستويات القراءة (درجات اختبار تشيلترن Chiltern للقراءة لجميع تلاميذ بكنجامشر البالغة أعمارهم ٧ - ٨ سنوات)



المصدر: م. ليك M. Lake، **اللغة والتعلم** *Language and Learning*، حزيران (يونيو)، العدد ٦، ١٩٩١ .

ومنذ البداية ألقى وزراء التربية المحافظون مسئولية التدهور فى مستويات القراءة على ما يدعى بطريقة "الكتب الحقيقية" فى تعليم القراءة، لكن الباحثين لم يجدوا ارتباطات ذات شأن بين طريقة التدريس وأداء الأطفال فى القراءة. بل إن أقلية صغيرة من المدارس استخدمت طريقة الكتب الحقيقية، وإذا كان ثمة تغير فى عدد تلك المدارس خلال الفترة فهى قد قلت. وعدم وجود ارتباط بطرق تعلم القراءة أمر أكده تقرير من السلطة التعليمية فى كرويدون Croydon قال إن هناك تدهوراً موازياً فى أداء الأطفال فى الرياضيات (بلدة كرويدون اللندنية London Borough of Croydon ١٩٩٢). ومعاملات الارتباط الوحيدة للانحدار فى المستويات هى خصائص المنطقة الاجتماعية - الاقتصادية. وذكرت المؤسسة القومية للبحوث التربوية فى تقريرها أن نصف المدارس التى هبطت المستويات فيها كانت فى مناطق

تجمعات حضرية ومراكز صناعية، فى حين لم تظهر أية مدرسة ارتقاء فى الأداء فى داخل المدن أو فى مناطق تعانى الحرمان (جورمان وفرنانديز ١٩٩٢). ولم يكن الأمر هبوطاً شاملاً فى مستويات القراءة بقدر ما كان زيادة فى نسبة الأطفال فى المجموعة الحاصلة على أدنى الدرجات. وفى بكنجامشر كان النمط السائد هو هبوط المستويات بين المدارس فى أكثر الأحياء فقراً، وكان هبوطاً أكثر من اللازم لموازنة التحسينات الصغيرة التى شهدتها المدارس فى المناطق الأفضل. وهذا بالضبط هو النمط الذى رأيناه كامناً وراء اتجاهات الوفيات. وقد اقترح أحد الاختبارات النفسية، بعد تأكيد عدم العلاقة بين التأثير والمدارس نفسها، أن المشكلة ترتبط بتدهور فى نوعية الخلفية المنزلية للأطفال الأضعف قدرة على القراءة (ليك ١٩٩١).

ولا يمكن أن يوجد شك كبير فى أن قدرات القراءة لدى الأطفال تأثرت بارتفاع عدم المساواة المادية بنفس الطريقة إلى حد كبير مثل معدلات الوفيات لدى الرضع والأطفال عموماً والأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ضمن سن الأبوة أو الأمومة (الشكل ٥ - ١٠، ص ١٣١). فالنمط الاقتصادى - الاجتماعى وتوقيت النزعات يكادان يكونان متطابقين تماماً.

بين عامى ١٩٧٩م و١٩٩١م ازدادت بمقدار ثلاثة أضعاف نسبة الأطفال الذين يعيشون ضمن عائلات يقل دخلها عن نصف المعدل القومى والذى هو خط فقر الدخل النسبى فى الاتحاد الأوربى (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). ومع كون نحو ثلث أطفال الدولة يأتون من بيوت تعيش فى فقر نسبى، فمن الأرجح أنه فى المناطق أكثر فقراً ما يصل إلى نصف الطلاب فى كل فصل دراسى أو ثلثيهما يأتون من عائلات تواجه مشكلات الفقر. ومن المحتم أن يصبح التدريس والتعلم أكثر صعوبة فى ظل هذه الظروف. فسيكون فى الفصول عدد أكبر من الأطفال المشاغبين والأطفال الذين يعانون مشكلات سلوكية واضطرابات عاطفية. وتأتى إشارة فى الاتجاه نفسه من ازدياد حالات الطرد من المدارس التى وثقها المركز الاستشارى للتربية Advisory Centre for Education خلال الأعوام ١٩٨٦- ١٩٩١م (المركز الاستشارى للتربية ١٩٩٣). وشهدت هذه السنوات نمواً سريعاً فى عدد حالات الطرد من كل من المدارس الابتدائية والثانوية. وعلى الرغم من الاحتمال الظاهرى فى أن

تكون المدارس قد غيرت موقفها من الأطفال "غير المتجاوبين" وأخذت تطرد عدداً أكبر منهم نتيجة إدخال سياسة "الإدارة المحلية للمدارس"، فإن المركز الاستشارى للتربية ذكر أنه لا توجد علاقة إحصائية بين المعدل الذى فوضت به سلطات التربية المحلية المدارس باختصاصاتها فى المناطق المختلفة والمعدل الذى ازدادت به حالات الطرد.

وتوحى عدة تقارير على أساس أدلة ضعيفة نوعاً ما أنه حدث ازدياد فى نسبة الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية. وبالتأكيد فإن (٤٠) سلطة تربية محلية من أصل (٥٢) أجابت على استفسار طرح عليها بأن تكرر المشاكل السلوكية فى مدارسها قد ازداد (بناثان Benathan وسميث Smith ١٩٩١). وكان لدى سلطة واحدة فقط اعتقاد معاكس.

وهناك عدد من النزعات الأخرى التى تعطى فكرة عن تأثيرات ازدياد فوارق الدخل فى بريطانيا خلال أواخر الثمانينيات. فمنذ عام ١٩٨٧م ارتفعت جرائم العنف فى إنجلترا وويلز بمعدلات لم يسبقها مثيل، وبأسرع من أى وقت منذ الحرب العالمية الثانية. وفى مسح شامل للأبحاث عن الموضوع يفسر جيمس James هذا الارتفاع بأنه جزئياً تأثير متخلف للضغط النفسى الذى يعانيه العدد المتزايد بسرعة من العائلات ذات الأطفال التى تعيش فى فقر نسبى وجزئياً التأثيرات الفورية للفقر النسبى. وقد ازداد الفقر النسبى بسرعة أكبر فى أوائل الثمانينيات بين العائلات ذات الأطفال مما ازداد فى قطاعات المجتمع الأخرى. ويبين جيمس أن الشبان العنيفين كانوا فى كثير من الأحيان عنيفين وهم أطفال، وأن أهم عوامل الخطر سرعة غضب الوالدين وتنافرهما، بالإضافة إلى الكآبة والعنف الناجمين عن الفقر النسبى. وهو يسوق أدلة مقنعة جداً على أن الزيادة السريعة بصورة استثنائية فى "العنف ضد الأشخاص" يمكن عزوها بصورة مباشرة إلى اتساع الفوارق فى الدخل.

ورغم أن معدلات الانتحار كثيراً ما ترتبط عكسياً بالعنف ضد الآخرين، فقد ارتفعت معدلات الانتحار فى بريطانيا بين الشبان البالغة أعمارهم (١٥-٢٤) عاماً بمعدل (٧٥) بالمائة خلال منتصف وأواخر الثمانينيات من القرن العشرين (مكتب التعداد والمسوح

السكانية ١٩٩١). وقد أُثبت أن الازدياد يتعلق بتزايد عدم المساواة الاجتماعية -الاقتصادية. بل من المؤكد أن ازدياد الانتحار كان العنصر الرئيسى فى ارتفاع معدلات الوفيات بين الشبان والشابات (٢٠ - ٢٩ عاماً) فى أكثر مناطق الرموز البريدية فقراً فى أسكتلندا بين عامى ١٩٨١م و١٩٩١م (ماكلون وبُدى ١٩٩٤). ومع ازدياد الحرمان النسبى فى تلك المناطق ازدادت معدلات الوفيات الناجمة عن "جميع الأسباب" بين الشبان بمعدل (٢٩) بالمائة وبين الشابات بمعدل (١١) بالمائة. ومن المحتمل أن يكون ازدياد الانتحار على علاقة وثيقة جداً بارتفاع البطالة (بلات Platt وكريتمان Kreitman ١٩٨٤).

ولكن على المستوى العالمى لا يبدو أن الانتحار أكثر شيوعاً فى الدول التى تتصف بفوارق أوسع فى الدخل - بل إن هناك مؤشرات على أن العكس صحيح (ماكايزاك وولكنسون ١٩٩٦). ومن المرجح أن تعكس الصورة العالمية علاقة عكسية بين معدلات الانتحار والقتل لوحظت قبل دراسة دركايم Durkheim الشهيرة للانتحار وبعدها (فرى Ferri ١٨٩٥؛ دركايم ١٩٥٢؛ جيمس ١٩٩٥). والمعنى الضمنى هو أن توجُّه الغضب والمرارة إلى الداخل أم الخارج ولوم الذات أو لوم الآخرين يتأثران بالسياق الاجتماعى. وعلى الرغم من الربط بين الانتحار والبطالة فى بريطانيا، تختلف الصورة فى بعض أجزاء الولايات المتحدة. فمن بين سبعة عشر سبباً للموت أوضحتها دراسة للوفيات فى هارلم، كان الانتحار هو السبب الوحيد الأدنى فعلياً فى معدلاته مما كان عليه بين البيض فى الولايات المتحدة بأكملها (ماكورد McCord وفريمان Freeman ١٩٩٠).

وبين أوائل الثمانينيات من القرن العشرين وعام ١٩٩١م ازدادت جرائم التعامل بالمخدرات التى سجلتها الشرطة فى بريطانيا إلى أكثر من ضعفين. وقد ازدادت جرائم المخدرات بين الشباب بسرعة شديدة (مؤسسة جوزيف راونترى Joseph Rowntree Foundation ١٩٩٣). والزيادة التى وصلت إلى أربعة أو خمسة أضعاف فى الوفيات من شم الغراء ومواد متطايرة أخرى توحى أن التغير لم يكن مجرد تغير فى الإبلاغ (تايلر وآخرون Tyler *et al.* ١٩٩٣). وقد ذكر معهد دراسة الاعتماد على المخدرات The Institute for the Study of Drug Dependence

أن "أنماط تعاطى الشباب للمخدرات التى كانت ثابتة نسبياً فى منتصف الثمانينيات تقلقلت فى أواخر الثمانينيات، ومع حلول التسعينيات تزايد تعاطى المخدرات المعروفة مثل الحشيش والمذيبات والأمفتامينات والفطر السحرى وحدث ارتفاع مفاجئ فى تعاطى عقار النشوة وإل إس دى." وقد تم أيضاً تقصى الروابط بين ازدياد الفقر النسبى وتعاطى المخدرات والجريمة خلال تلك الفترة فى دراسة محلية لشبه جزيرة ويرال Wirral فى ليفربول (باركر وآخرون Parker *et al.* ١٩٨٨).

وإحدى الطرق التى يمكن بها للظروف الاجتماعية – الاقتصادية أن تحدث أضراراً نفسية وعاطفية دائمة هى من خلال ازدياد مستوى الضغط النفسى الذى يحيط بالحياة المنزلية؛ فالبيئة الاجتماعية والاقتصادية تأتى بكثير من الصعوبات التى تضطر الحياة المنزلية لمواجهتها والتى لا يمكن فصلها عن سلسلة مما يسمى بالمشكلات العائلية. والأمر لا يقتصر على تبلور الهموم بشأن المال والعمل والسكن على شكل نزاعات عائلية حين تصبح الأمزجة سريعة الاستثارة ويجد الأباء والأمهات أن قدرة الصبر والاحتمال المتبقية لديهم قد تضاءلت. ولكن الافتقار إلى المال وإلى الخيارات وإلى مكان للعب والحاجة إلى مساحة داخلية كافية لإقامة النشاطات العائلية المتضاربة – وباختصار الافتقار إلى كل أنواع الموارد (بما فى ذلك الوقت) – يعنى أن تصطدم احتياجات الناس ومتطلباتهم بعضها ببعض. وكلما ازدادت شدة القيود التى تضطر العائلة للتقيد بها تقل المتطلبات التى يمكن تحقيقها، ويزداد تضارب المصالح. وكلما قلت الموارد تضعف القدرة على التغلب على الصعوبات والحوادث غير المتوقعة وتعويض ما يكسر أو يفقد. وكلما عظمت المصادر المحتملة للضغط النفسى والنزاع تزداد معاناة كل من الحياة العائلية والدعم الاجتماعى. وعلى سبيل المثال، وجدت دراسة لتأثير البطالة على الحياة الزوجية أن نصف الأزواج والزوجات ذكروا حدوث زيادة فى عدد المجادلات، وقال الثلث إن أحد الزوجين ترك المنزل بصورة مؤقتة أو فكر بالقيام بذلك (برجوين Burgoyne ١٩٨٥). وتقلصت الحياة الاجتماعية ودائرة أصدقاء الزوجين. وأظهرت دراسات أخرى ما كان متوقعاً من أن الحرمان يسبب

الضغط النفسى والمكانة الاجتماعية – الاقتصادية تؤثر فى "القدرية والأسلوب العزوى" (ويتون Wheaton ١٩٨٠). وأن الصعوبة الاقتصادية تقلل من قدرة الناس على القيام بأدوارهم، سواء كان دور "عائل الأسرة" أو "ربة المنزل"، وهى لذلك تسبب الاكتئاب (روس Ross وهيوبر Huber ١٩٨٥). ووجدت دراسة سويدية أن الشقاق العائلى فى الطفولة يرتبط بزيادة مقدارها أكثر من (٥٠) بالمائة فى الوفيات بين الرجال والنساء البالغين من العمر (٣٠ – ٧٥) عاماً (لندبرج Lundberg ١٩٩٣).

وفى الواقع ذكرت هذه الدراسة الأخيرة أن معدلات الوفيات بين الكبار الذين تعرضوا للشقاق العائلى فى طفولتهم أعلى من معدلاتها بين الذين تعرضوا فى طفولتهم لصعوبات اقتصادية. وبصورة مماثلة، فى جماعة من (١٧٠٠٠) شخص تم تتبعهم منذ ولادتهم عام ١٩٨٥م وجد باور Power أن أفضل ما تنبأ بصحتهم وهم فى سن الثالثة والعشرين كان تقويم معلميهم لسلوكهم وهم فى سن السادسة عشرة؛ فالذين حدد معلموهم بناء على استعمال مقياس رتر السلوكى Rutter Behaviour Scale أنهم يظهرون سلوكاً "منحرفاً" – أى "اضطرابات عاطفية أو سلوكية" – حصلوا فى سن الثالثة والعشرين على درجات أقل بكثير فى مقاييس الصحة، حتى بعد أخذ عوامل اجتماعية واقتصادية أخرى بعين الاعتبار (باور وآخرون ١٩٩١). وقد تعكس مثل هذه النتائج الخاصة بالأهمية النسبية للعوامل المادية والنفسية مشكلات فى القياس، لكنه من المرجح أن تشير إلى أن تأثيرات العوامل الاقتصادية تنتقل إلى حد كبير عبر سبل نفسية – اجتماعية. وبمعرفة أن العوامل الاقتصادية تزيد أخطار المصاعب النفسية – الاجتماعية – ولكنها ليست على الإطلاق السبب الوحيد لها – فمن الممكن تماماً أن تكون الروابط بين العوامل النفسية – الاجتماعية والصحة أقوى من الروابط بين العوامل المادية والصحة، بل إن كون الأمر كذلك يوحى أن العوامل النفسية – الاجتماعية توفر الروابط الأساسية بين المعوقات المادية والصحة.

وحتى بدون أن تبين هذه الأمثلة أن سلسلة من المشكلات تزداد سوءاً مع اتساع الفوارق فى الدخل؛ فإن قوة الارتباط بين الحرمان المادى النسبى وعدد من المشكلات

الاجتماعية أمر مألوف لدى الجميع. فكلنا نعرف أن المناطق الفقيرة، بالإضافة إلى تدهور الصحة فيها، حائزة على أكثر من نصيبها من الجريمة وضعف الأداء الدراسى وتعاطى المخدرات والعنف. وعلى سبيل المثال، معامل الارتباط بين درجات الحرمان التى تعطيها وزارة البيئة للسلطات التعليمية المحلية ونتائج اختبار الشهادة الثانوية العامة GCSE للبالغين من العمر (١٦) عاماً هو (٠,٨١)، مما يوحى أن ثلثى الاختلاف فى النتائج بين المناطق هما انعكاس للاختلافات فى الحرمان (ومعامل الارتباط بين درجة الحرمان نفسها والوفيات كانت ٠,٧٦ لدى الرجال و ٠,٥٨ بين النساء) (موريس وآخرون Morris et al ١٩٩٦). ويبين مؤشر آخر للحرمان وهو مؤشر تاونسند The Townsend Index – ارتباطات بالوفيات أعلى (فيليمور وآخرون Philimore *et al.* ١٩٩٤).

وليس من الصعب تخيل كيفية العلاقة بين هذه القياسات الخاصة بالمناطق والظروف المنزلية والضغط النفسى الأسرى وحياة الأفراد من الأطفال. وإذا أخذنا الإساءة للأطفال باعتبارها جزئياً الرأس الظاهر لمشكلة نزاع منزلى أكثر انتشاراً بكثير، فمن الملاحظ أن المصادر الثلاثة الأولى المساهمة فى الضغط النفسى التى يدونها دارسو الحالات حين يسجلون كل حالة من حالات الإساءة للأطفال هى: المشكلات الزوجية والديون والبطالة (كريتون Creighton ١٩٩٢). وتبين دراسة أجريت على (١٥٠٠٠) طفل أعمارهم (١٠) سنوات ولدوا عام ١٩٧٠م بوضوح مدى المشكلة الأوسع (انظر الشكل ١٠ – ٢، ص ٢٦٦). وقد كانت معدلات فرط النشاط فى الطبقة الاجتماعية الرابعة (المهن اليدوية التى لا تتطلب مهارة) أعلى بأكثر من ثلاثة أضعاف ما هى عليه فى الطبقة الاجتماعية الأولى (المهن الاحترافية) ومعدلات اضطرابات السلوك أكثر بمقدار أربعة أضعاف (وودروف وآخرون Woodroffe *et al.* ١٩٩٣).

ولبيئة العائلة الخارجية، أى الظروف التى يجب أن تجرى الحياة المنزلية ضمنها، تأثير لا يستهان به على فرص الحفاظ على علاقات مستقرة ومتعاطفة أو بديل ذلك التفسخ من خلال النزاع والعنف. وأى شىء يزيد من توترات حياة الأسرة ومصاعبها يقلل من التسامح ويزيد من النزاع، وبذلك يضيف إلى أعداد الأطفال ذوى المشكلات السلوكية والصعوبات

فى التعلم، وإلى أولئك الذين يوجد بالنسبة لهم احتمال أكبر فى أن يكونوا عندما يكبرون عاطلين عن العمل ويتورطون فى المخدرات والجريمة. فالنزاع المنزلى يحطم بصورة بالغة سعادة الأطفال العاطفية وله تأثير يطغى إلى حد كبير على تأثير تربية الطفل من قبل أحد الوالدين بدلاً من تربيته من قبلهما معاً. وعلى الرغم من أن أطفال الأباء والأمهات المطلقين أو المنفصلين (تمييزاً لهم عن الآباء والأمهات الذين يربون أطفالهم بشكل منفرد) يبدون معوقات كبيرة فى النمو، فإن الدلائل - من دراسات تابعت أعداداً كبيرة من الأطفال - تشير إلى أن المعوقات تبدأ عادة قبل انفصال الزوجين وتعكس التأثير العاطفى للنزاع بين الوالدين الذى يؤدى إلى الطلاق أو الانفصال (وادزورث وآخرون Wadsworth *et al* ١٩٩٠؛ فرى وروبنسون Robinson ١٩٧٦). وإذا تم ضبط مقاييس نمو الأطفال التى تؤخذ بعد طلاق الوالدين بالمقاييس المأخوذة قبل الطلاق (والتى تكون فعالة فى ضبط المؤشرات الدالة على الضرر الذى يسبق الطلاق)، فلا توجد سوى إشارة ضعيفة جداً إلى حدوث ضرر إضافى يمكن عزوه إلى كون أحد الوالدين يتولى منفرداً تربية الطفل؛ فالعملية الأسرية أهم بكثير من بنية الأسرة (سويتنج Sweeting ووست West ١٩٩٥).

وفيما يتعلق بالمضامين الخاصة بالسياسة، من الهام جداً تمييز تأثيرات أن يكون الطفل يعيش مع أحد الأبوين فقط عن تأثيرات العيش فى فقر أشد وهو ما يحدث لمعظم الأطفال المحرومين من أحد الأبوين. ففى بريطانيا فى عام ١٩٩٠-١٩٩١م كان (٧٤) بالمائة من الأطفال فى الأسر التى لا يوجد فيها سوى أحد الوالدين يعيشون على دخل أقل من نصف متوسط الدخل (دخل الأسر المعدل لأخذ عدد الأفراد فى كل أسرة بعين الاعتبار) (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). وهذا الارتفاع، من (٢٨) بالمائة فى ١٩٧٩م، يمثل زيادة أكثر من ضعفين ونصف فى نسبة جميع الأطفال المحرومين من أحد الوالدين والذين يعيشون فى فقر نسبى. وبدلاً من رؤية التأثيرات الاجتماعية العميقة لفوارق الدخل المتزايدة ولازدياد الفقر النسبى، فإن مسئولية سلسلة متنامية من المشكلات الاجتماعية تلقى على عاتق الأسر التى لا يوجد فيها سوى أحد الوالدين. ولكن حين تجرى مقارنة أطفال من

تلك الأسر بأطفال يعادلونهم فى الفقر قام كلا الأبوين بتربيتهم، فإن معظم الفوارق تختفى (ماكلناهان McLanahan ١٩٨٥؛ فرى ١٩٧٦). وعلى نحو مشابه، فإن أطفال النسبة الضئيلة من الأسر المرتفعة الدخل التى لا يوجد فيها سوى أحد الوالدين يتماثلون فى إنجازهم مع أطفال الأسر المرتفعة الدخل ذات الوالدين، ويبدو أن درجة الفقر تفسر جميع المعوقات التعليمية ومعوقات النمو.

وفى سياق الجدالات المتكررة حول تأثيرات نمو الطفل فى أسرة لا يوجد فيها سوى أحد الوالدين، توضح أوجه الشبه والاختلاف بين السويد واليابان بعض الأمور. فهى تظهر بشكل واضح جداً أن المشكلة الأكثر أهمية ليست بنية الأسرة بل الفقر النسبى. فمن حيث بنية الأسرة نجدهما على طرفى نقيض؛ إذ إن اليابان، من بين الدول ذات اقتصاد السوق المتطور، هى الأكثر تمسكاً بالأسرة النووية التقليدية التى تضم كلا الأبوين، وعدد حالات الطلاق وحالات الولادة خارج إطار الزوجية قليل فيها. وعلى العكس من ذلك فإن أكثر من نصف إجمالى الولادات فى السويد يأتى خارج إطار الزواج، ولاتوجد نسبة أعلى من ذلك إلا فى أيسلندا. ولكن على الرغم من الاختلافات الهائلة بينهما، فكلتاهما تتمتعان بأعلى مستويات صحة الأطفال ورفاهتهم. ومن حيث معدلات الوفاة بين الأطفال الأدنى سناً من خمس سنوات (وهو أهم مؤشر عالمى على رفاهة الأطفال يستخدمه صندوق رعاية الأطفال التابع للأمم المتحدة) تتمتع السويد بأدنى معدل وتليها مباشرة اليابان (صندوق رعاية الأطفال التابع للأمم المتحدة ١٩٩٣). وما تشترك به الدولتان أيضاً هو توزع للدخل يتميز بمقدار من المساواة أكبر بكثير. ومرة أخرى من بين الدول ذات اقتصاد السوق المتطور تتميز اليابان بأدنى فوارق فى الدخل وتليها السويد بفارق ضئيل بينهما. وتبين الأرقام المأخوذة عام ١٩٨٧ أن (٢) بالمائة فقط من الأسر التى لا يوجد فيها سوى واحد من الأبوين فى السويد كانت تعيش فى فقر نسبى (أقل من نصف متوسط الدخل) بالمقارنة مع (٢١,٢) بالمائة فى مجموعة من دول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية (هيولت Hewlett ١٩٩٣). وفى الولايات المتحدة كان نحو (٥٤) بالمائة من أطفال الأسر التى لا يوجد فيها

سوى واحد من الوالدين يعيشون فى فقر نسبى (هيولت ١٩٩٣)، وهى نسبة توحى الأرقام الرسمية أنها قريبة من النسبة التى كانت فى المملكة المتحدة حين عقدت تلك المقارنات (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). وهذا بلا شك جزء من تفسير السبب فى أن معدلات الوفيات فى سن الرضاعة بين الأطفال المولودين خارج إطار الزوجية فى السويد أدنى حتى من معدلات وفاة الأطفال الرضع المولودين داخل إطار الزوجية فى عائلات الطبقة الاجتماعية الأولى المؤلفة من المهنيين فى بريطانيا (انظر الشكل ٥ – ٧) (ليون وآخرون Leon *et al.* ١٩٩٢). فالاختلاف إذن بين الدول التى ينعم فيها الأطفال بحياة جيدة والدول التى يعانون فيها هو ليس فى بنية الأسرة بل بمدى الفقر النسبى بين عائلاتهم وأنواع الضغط النفسى التى يفرضها ذلك على حياة الأسرة.

ومن المعالم الأخرى الهامة فى اليابان فى السياق الحالى أنها قد تكون الدولة المتقدمة الوحيدة التى شهدت هبوطاً كبيراً فى الجريمة على المدى الطويل. وصنف الجريمة الوحيد الذى لم يقل هو ذاك الذى تسميه الإحصائيات اليابانية "الجرائم الفكرية"–التى تعنى فى الواقع النصب وجرائم ذوى الياقات البيضاء (مكتب الإحصائيات، اليابان ١٩٩٠). وقد كان أكبر تناقص للجريمة فى مناطق قلب المدينة حيث كانت دائماً فى أعلى معدلاتها، وعكس بذلك تأثير تضاؤل فوارق الدخل على معدلا ت الجريمة خلال العقود التى تلت الحرب، كما ضعف باستمرار ارتباطها بالطبقات الاجتماعية وبالفقر (كليفورد Clifford ١٩٧٦). وتشمل أصناف الجريمة التى انخفضت – وهى بالتحديد القتل والسطو والاغتصاب والعنف والأذى الجسدى – الأصناف التى أُثبِت دائمًا، فى الدراسات العالمية وكذلك فى الولايات المتحدة الأمريكية، أنها ترتبط بتوزع الدخل. ويستشهد أحياناً بالسويد على أنها دولة لا يرتبط تقلص الفارق فى الدخل فيها بمعدلات أدنى من الجريمة. لكن الأرقام المأخوذة من المسح العالمى للجرائم لا تظهرها كمثال معاكس.

وكون الجريمة، وكذلك الصحة والرفاهة، مرتبطة بتوزع الدخل يوفر أدلة إضافية هامة عن الآليات ذات العلاقة. وعلى الرغم من أننا تكلمنا بصورة فضفاضة عن "الضغط الاجتماعى –

الاقتصادى"؛ فإن ما نحتاج إلى معرفته هو كيف تكتسب العمليات الاجتماعية المتعلقة بعدم المساواة والانقسام الاجتماعى أعظم وسائلها لممارسة النفوذ النفسى علينا. إن من الواضح وجود صلات هامة من خلال الضغط النفسى المنزلى. وهذه الصلات لها أهمية خاصة عند الأطفال الصغار الذين يرجح أن يكون لها تأثير عليهم يدوم طوال الحياة (وسنلقى نظرة وجيزة على أدلة ذلك فى الفصل العاشر). وخلال سن الرشد ليس من الواضح ما إذا كانت توجد على المستوى الفيزيولوجى أشكال مميزة من الضغط النفسى أم لا يوجد سوى شكل واحد من الضغط المزمن المعمم. وقد حدد علماء الأوبئة عدداً من مصادر الضغط النفسى التى تؤثر فى صحة البالغين سنبحثها فى الفصل القادم. وتشمل هذه المصادر الافتقار إلى إحساس المرء بأنه يتحكم فى وضعه وانعدام الدعم الاجتماعى وضعف الشبكات الاجتماعية والاكتئاب وضعف احترام الذات. وتطرح الأبحاث الخاصة بالجريمة بعض الاحتمالات الهامة الأخرى.

ففى دراسة عن القتل يقترح ديلى Daly وويلسون Wilson (١٩٨٨) أن "إهدار ماء الوجه" هو أكثر مصادر العنف شيوعاً. ويتحدد إهدار ماء الوجه بأنه فقد الكرامة والإذلال وفقدان الهيبة فى عيون الآخرين. وعلى الرغم من أن محور الاهتمام هنا هو طبيعة المواقف الخاصة التى قد يواجهها الفرد، فليس من الصعب تخيل أن الأشخاص الذين لديهم احتياطى أكبر من المكانة والهيبة قد يشعرون بقدر أقل من التهديد الجوهرى من أية حالة معينة من فقدان ماء الوجه. لكن الأكثر إثارة للاهتمام هو المناقشة التى يطورها بريذويت Braithwaite فى كتابه **الجريمة والعار وإعادة الدمج** (١٩٨٩). فنظريته عن "التخجيل المعيد للدمج" هى بصورة أساسية نظرية عن التأهيل الاجتماعى تنطبق على تنشئة الأطفال بقدر انطباقها على الحد من الجريمة. وهو يعتمد على أبحاث نمو الأطفال ويقول إن التأهيل الاجتماعى الفعال يعتمد على التمكن من تأديب الأطفال ضمن سياق من الحب والرعاية المستمرين، الذين يعرف الطفل أنهما سيستمران بعد العقوبة أو التعبير عن عدم الرضا. "والعائلات التى يكون فيها عدم الرضا وليس الاستحسان هو الحالة المعتادة عاجزة عن تأهيل الأطفال اجتماعياً بسحب استحسانها " (بريذويت ١٩٨٩، ص ٥٦). ففعالية سحب الاستحسان تعتمد على التباين مع التمتع العادى بالاستحسان. ولا بد أن يكون هذا هو الأساس

الجوهرى للتأهيل الاجتماعى فى كل المجتمعات، ويؤكد بريذويت أن العمليات نفسها هى أساس الضبط الاجتماعى فى حياة الكبار بأكملها. ومن خلال الاستشهاد بكمية كبيرة من الأبحاث يقول إنه على الرغم من وجود ارتباط بين قلة ارتكاب المخالفات وزيادة احتمال اكتشاف أمر المذنب، فإنه لا يوجد دليل قوى على ارتباط بين معدلات الجريمة وقسوة العقاب. ويستنتج أنه "سيبدو أن العقوبات التى يفرضها الأقارب أو الأصدقاء أو تجمعٌ له أهمية شخصية لها تأثير أكبر على السلوك الإجرامى من العقوبات التى تفرضها سلطة قانونية بعيدة" (المصدر نفسه، ص ٦٩). ويبدو أن السمعة فى أعين المعارف القريبين أكثر أهمية لدى الناس من آراء مسئولى العدالة الجنائية أو أفعالهم. فقد أجابت أغلبية واسعة من الشبان الذين سئلوا عن أهم عواقب أن يلقى القبض عليهم بأنها وقع ذلك على عائلاتهم وصديقاتهم والعار والفضيحة الناجمين عن الظهور فى المحكمة. وأجاب أقل من سدس عدد أولئك أن أهم النتائج هى نوع العقوبة التى سينالونها. ويرى بريذويت Braithwaite وجود مجتمع أخلاقى والإبقاء على الناس داخله أمراً جوهرياً. ويمكن أن يكون التخجيل مدمراً إذا كان يلصق وصمة بدلاً من أن يكون معيداً للاندماج لأنه يدفع الأشخاص خارج المجتمع إلى ثقافات متفرعة منشقة. وهو أيضاً يوضح قوة الحفز الاجتماعى أو الأخلاقى بالاستشهاد بتجربة تم فيها إجراء مقابلات مع الناس خلال شهر من الموعد الذى يجب عليهم فيه ملء استمارات استعادة الضرائب. ومع إحدى مجموعتين ركز الشخص الذى أجرى المقابلة على العقوبات الصارمة للتهرب من ضريبة الدخل، فى حين كان التركيز مع المجموعة الأخرى على الأسباب الأخلاقية للانصياع للضرائب. وقد أدت المناشدة الأخلاقية إلى زيادة أكبر فى مبلغ الضريبة المدفوعة (شوارتز Schwartz وأورلينز Orleans ١٩٦٧).

وبعد أن يشير بريذويت إلى أنه على الرغم من أن (٤٥) بالمائة من بين الذين يدانون بالجرائم فى الولايات المتحدة يذهبون إلى السجن بالمقارنة مع أقل من (٢) بالمائة فى اليابان، يستخدم دراسة بيلى Bayley لعمل الشرطة فى الولايات المتحدة واليابان لتوضيح الطريقة التى يمكن فيها للتخجيل المؤدى إلى الاندماج أن يعمل فى مجتمع متطور حديث.

يتوقع من مخالفى القانون [فى اليابان] قبول شروط المجتمع للتأهيل الاجتماعى بدلاً من الإصرار على البراءة القانونية والمساومة على تخفيف العقوبة. . . . ويُنظر إلى الشخصية الفردية على أنها قابلة للتغير وتتجاوب مع العقوبات غير الرسمية من المجموعات القريبة . . . ويشعر الأفراد بواجب أخلاقى فى المساعدة على الحفاظ على الإجماع الأخلاقى فى المجتمع.

(بيلى ١٩٦٧، ص ١٩٦)

ويسعى رجال الشرطة اليابانيون للحصول على أكثر من الانصياع، فهم يسعون للحصول على قبول قيم المجتمع الأخلاقية. وهم ليسوا مجرد القوة التى تفرض القانون، بل هم معلمون فى مجال فضيلة القانون. وقد أعطى رجال الشرطة اليابانيون تفويضاً أخلاقياً مبنياً على الاعتراف بأهميتهم فى تكوين الدولة.

(المصدر نفسه، ص ١٨٦)

وفى الآذان الغربية، تبدو بعض الأوصاف التى يوردها بيلى غير محتملة:

من النواحى النفسية يعتمد النظام على التعزيز الإيجابى وليس السلبى، مركزاً على القبول المفعم بالمحبة مقابل التوبة الصادقة. والنظير لما يريد رجل الشرطة اليابانى أن يشعر الشخص المخالف به هو الارتياح الدامع العينين لطفل يؤدى اعترافه لأبويه بالذنب إلى ضحكة لطيفة وعناق دافئ. وبالمقارنة مع الشرطة الأمريكية، يود رجال الشرطة اليابانيون أن يُعرفوا بدفء رعايتهم وليس بصرامة فرضهم للقانون.

(المصدر نفسه، ص ١٥٦)

وقد يكون هذا الوصف الرائع لعمل الشرطة اليابانية أقل أهمية بالنسبة لتأثيره المباشر على الجريمة منه بصفته مؤشراً على طبيعة المجتمع اليابانى ذات الدرجة العالية من الاندماجية التى تتحدد ضمنها معدلات الجريمة.

وحول آثار ضعف الاندماجية الاجتماعية قال دركايم Durkheim: "كلما ضعفت المجموعات التى ينتمى [شخص ما] إليها؛ يقل اعتماده عليها، ويزداد بالتالى اعتماده على نفسه فقط،

ولا يعترف بأية قواعد سلوكية سوى التى تخدم مصالحه الخاصة" (دركايم ١٩٥٢، ص ٢٠٩). وعلى العكس من ذلك، فى المجتمع المتماسك يحدث "تبادل دائم للأفكار والمشاعر من الجميع لكل فرد ومن كل فرد للجميع، أى شىء من نوع الدعم المعنوى المتبادل، والذى بدلاً من أن يترك الفرد يعتمد على موارده الخاصة به، يقوده إلى المشاركة فى الطاقة الجماعية ويدعمه حين تستنفذ طاقته الخاصة (المصدر نفسه، ص ٢١٠).

وقد كان عمل دركايم فى مجال الاندماج الاجتماعى جزءاً من تحليله لأسباب الانتحار الاجتماعية. وهو يعتقد أن معدلات الانتحار العالية يمكن أن تأتى من أى بعد من بين ثلاثة أبعاد للعلاقة بين الفرد والمجتمع الأخلاقى. أحدها الانتحار الإيثارى الذى يكون تحكم المجتمع فى الفرد فيه قوياً إلى حد أن الأشخاص قد يشعرون أن واجبهم يقتضى قتل أنفسهم من أجل الشرف والواجب. وعلى الطرف النقيض الانتحار الأنانى حيث يكون الاندماج الاجتماعى والنشاط الجماعى أضعف من أن يدعم الناس فى الأغراض الاجتماعية وعمليات المجتمع. والبعد الثالث هو الانتحار عديم الهوية، وهو أيضاً يأتى من "حضور غير كافٍ للمجتمع فى الفرد" (المصدر نفسه، ص ٢٥٨)، الذى بدونه – فى رأيه – يرجح أن يكون لدى الناس أهداف غير واقعية وأن يصبحوا منفصلين عن بنية النماذج التى يمكن الوصول إليها والقيود التى يمكن لهم التعامل معها.

ومن الواضح أن الصحة الأضعف ومعدلات الجريمة الأعلى، وخاصة جرائم العنف، ترتبط بقوة بالاندماج الاجتماعى الأضعف الذى ربط دركايم بينه وبين الانتحار الأنانى. وعلى الرغم من أن بعض حالات الانتحار تتبع نمطاً أنانياً أو عديم الهوية، كما يمكن ملاحظة ذلك من الارتباط مع البطالة (بلات Platt وكرايتمان Kreitman ١٩٨٤)؛ فإن العلاقة بين الانتحار والقتل عكسية فى العادة (فرى Ferri ١٩٨٥؛ جيمس James ١٩٩٥). وتوحى حقيقة أن الانتحار الآن أكثر شيوعاً إلى حد ما فى المجتمعات ذات الفوارق الأقل فى الدخل (ماكايزاك McIsaac وويلكنسون ١٩٩٦) أن المعدلات الأعلى من الانتحار تنتشر فى المجتمعات الأكثر اندماجاً، وربما كان ذلك بسبب الشعور بالخجل لدى الأشخاص حين يشعرون أنهم خذلوا عائلاتهم أو زملاءهم أو مجتمعهم.

وقد لفت دركايم الانتباه إلى بعض أهم طرق اختلاف المجتمعات. ولكن عمليات التمييز الاجتماعى الصارمة التى تعكس البناء الهرمى الاجتماعى وتكبره ذات أهمية جوهرية فى أى تحليل للاندماج الاجتماعى وللمجتمع. وهذه العمليات هى التى تولد العزل الاجتماعى والتى تصم أكثر الناس حرماناً والتى تضع المسافات الاجتماعية فى المجتمع بأسره. ويغذى هذه العمليات وينشئها انعدام المساواة فيما يدعوه بورديو Bourdieu رأس المال الاقتصادى والثقافى. وقد بين بورديو كيف أن الاختلافات فى الذوق - فى جميع مجالات الحياة تقريباً - لا ترتبط فقط بالفوارق فى الدخل والثروة، وفى التعلم، وفى رأسمال الأفراد الاجتماعى، بل تستخدم للتعبير عن هذه التمييزات الاجتماعية على أساس الفوقية والدونية (بورديو ١٩٨٤). وكما يقول، "نادراً ما يماثل علم الاجتماع التحليل النفسى الاجتماعى بدرجة أكبر مما يماثله حين يواجه شيئاً مثل الذوق الذى هو واحد من أهم الأشياء المعرضة للخسارة فى الصراعين الدائرين فى مجال الطبقة المهيمنة وفى مجال الإنتاج الثقافى" (المصدر نفسه، ص ١١). ومن المفترض أن الطرق التى يصفها لإيجاد التمييز الاجتماعى والتعبير عنه على ارتباط وثيق مع الإحساس بالدونية الذى اختاره سنيت Sennett وكوب Cobb على أنه المكون الأساسى فى تجربة النظام الطبقى من قبل العمال اليدويين الأمريكيين فى دراستهما التى تحمل عنوان **الأضرار الخفية فى النظام الطبقى** (١٩٧١).

ومن حيث أساس عمليات التقسيم إلى طبقات اجتماعية والتمييز الطبقى، قد يكون بإمكاننا أن نعتبر توزع الدخل ممثلاً لعدم المساواة فى كل من رأس المال الاقتصادى والتعليمى. ولأن عمليات التمييز الاجتماعية تتغذى من صور عدم المساواة هذه وتدمر التماسك الاجتماعى؛ فإن المدى الذى يكون فيه لدينا مجتمع مندمج ومتناغم يمتاز بمستويات عالية من المشاركة الاجتماعية، أو على الطرف النقيض مجتمع منقسم تسيطر عليه المكانة الاجتماعية والتحيز والعزل الاجتماعى ويولد جماعات فرعية عدائية تجاه باقى المجتمع ويسبب إلصاق وصمة بأكثر الناس حرماناً سيتعلق بصورة وثيقة بمدى عدم المساواة فى الدخل. وكما أدرك الناس فى أشكال المجتمع الأولى إدراكاً تاماً أنه لا يمكن التوصل إلى الاندماج الاجتماعى دون اندماج اقتصادى. وتنزع قيم الحياة الاجتماعية لأن تعكس مبادئ الحياة الاقتصادية.

الجزء الرابع

كيف يقتل المجتمع

الفصل التاسع
أسباب المرض النفسية - الاجتماعية

ليس من الممكن حتى الآن أن نحدد بأية درجة من الدقة السبل الرئيسية التى تربط فى المجتمعات القائمة على المساواة التماسك الاجتماعى الذى جرى بحثه فى الفصل السادس مع المستويات الأعلى من الصحة البدنية وطول العمر التى يتمتع بها سكانها. وبدلاً من الاعتقاد بأن المؤثرات النفسية - الاجتماعية على الصحة ضعيفة وموضع جدل وثانوية جداً بالمقارنة مع المؤثرات المادية القوية على الصحة؛ فإن الأدلة تبدو مؤيدة للنظرة المعاكسة - على الأقل بالنسبة لمحددات الصحة فى الدول المتقدمة. وقد رأينا فى الفصل الثالث أن الصحة فى المجتمعات الغنية التى اجتازت التحول الوبائى لم تعد محدودة بصورة رئيسية بالآثار المباشرة للعوامل المادية. فبعد الوصول إلى الحد الأدنى من المستويات الأساسية للغالبية العظمى من السكان؛ تزداد المؤشرات على أن التأثيرات النفسية - الاجتماعية على الصحة غالبة.

ولم نعد بحاجة إلى استحضار صور عن الموت بفعل تعويذة سحرية لتأكيد أن الضغط النفسى يمكن أن يقتل الناس. ولحسن الحظ يتوافر الآن مقدار كبير من الأدلة الوبائية والتجريبية التى تزيل أى شك فى أن من الممكن للعوامل النفسية - الاجتماعية ممارسة تأثيرات قوية جداً على الصحة البدنية، من حيث كل من المرض والوفاة. ويبدأ هذا الفصل بعرض موجز للأدلة يبين المدى الشاسع من احتمالات هذه الروابط. والمشكلة ليست فى وجود نقص فى السبل المحتملة بقدر ما هى فى وجود عدد هائل من الاحتمالات المعقولة جميعها فى ضوء ما تمت معرفته. وسيستغرق العمل المطلوب لاستبعاد بعض الاحتمالات وتأكيد أهمية احتمالات أخرى بضع سنوات.

إن الدخل النسبى هو مفهوم اجتماعى بطبيعته؛ فهو يعكس جانباً من العلاقة بين فرد وجماعة اجتماعية. ولأننا نحاول أن نشرح التأثيرات الصحية للدخل النسبى المنخفض، وليس

الدخل المطلق المنخفض فسنركز على السبل النفسية والاجتماعية. وتعنى أهمية توزع الدخل ضمناً أنه لا بد لنا من تفسير تأثير الدخل المنخفض على الصحة من خلال معانيه الاجتماعية ومضامينه بالنسبة للمكانة الاجتماعية وليس من حيث الآثار الجسدية المباشرة التى يمكن أن تنتج عن الظروف المادية بصورة مستقلة عن انعكاساتها الاجتماعية فى أى مجتمع معين. وليس القصد من هذا، القول بأن السكن الرديء (أو غير المتوافر) والتغذية غير الملائمة لا يؤثران على صحة أقلية من الناس (وإن كان عدد أفرادها كبيراً) فى المجتمعات المتقدمة؛ إذ من الواضح أن هذا التأثير يحدث فعلاً. إن ما يعنيه ذلك هو أن التأثيرات المادية المباشرة لعوامل مثل هذه ليست التفسيرات الرئيسية لأسباب تعلُّق المستويات الوطنية للصحة بتوزع الدخل. كما لا يعنى هذا أننا سنتجاهل صحة أفقر الناس فى المجتمع، فالفقراء يعانون تأثيرات الحرمان النفسية - الاجتماعية، بالإضافة إلى تأثيراته المادية المباشرة. بل إنه من المهم إدراك أن الأشخاص فى الطبقة السفلى من التركيب الهرمى الاجتماعى يعانون أكبر مقدار من الحرمان الاجتماعى والنفسى والعاطفى، بالإضافة إلى أكبر مقدار من الحرمان المادي، وقد يكون لهذا أثر أكبر على صحتهم من التأثيرات المباشرة للحرمان المادى.

وحتى بالنسبة للأشخاص الذى يعيشون فى الحالة التى لا بد أنها كانت وفق أية معايير حالةَ فقر مادى مطلق، وفرّ لنا سابولسكى Sapolsky أدلة متميزة على العلامات النفسية - الاجتماعية للطبيعة المتواصلة للضغط الاجتماعى - الاقتصادى الذى يتعايشون معه (سابولسكى ١٩٩١). فبعد أن يصف سابولسكى كيف أن جميع الجثث تقريباً التى استخدمت لتدريس التشريح فى كليات لندن الطبية فى القرن ١٨٣٠ - ١٩٣٠م مصدرها ملاجئ الفقراء، يقول إن الاعتقاد كان أن الغدة الكظرية أضخم بكثير مما يعتقد حالياً أنه حجمها. وحين رأى علماء التشريح بين الحين والآخر غدة كظرية لشخص أكثر ثراء لاحظوا كيف أنها أصغر بشكل غريب واخترعوا مرضاً جديداً وهو الضمور الكظرى الغامض لتفسير ذلك. وقد انتشر "المرض" فى أوائل القرن العشرين إلى أن أدرك الأطباء أن الغدة الكظرية الأصغر حجماً هى الطبيعية وتحول المرض إلى "حاشية مثيرة للخجل" فى الكتب الطبية.

وكان كبر حجم الغدد الكظرية لدى الفقراء نتيجة الضغط الاجتماعى – الاقتصادى المطول. وعلى نحو مشابه كثيراً ما كانت التوتة (الغدة الصعترية) الشديدة الأهمية لجهاز المناعة منكمشة بين الفقراء الذين اعتادوا الضغط النفسى المزمن. وهنا أيضاً كان يُنظر إلى التوتة الأكبر حجماً فى أجسام الأشخاص الأكثر ثراء على أنها اضطراب وكانت تعالج، حسب قول سابولسكى، بالأشعة التى سببت فيما بعد السرطان الدرقى.

وبناء عليه فحتى فى الفترات التاريخية التى كانت المشكلة الرئيسية فيها هى الفقر المطلق وليس النسبى لدى نسبة أعلى من السكان، لم يكن ينبغى التقليل من أهمية التأثير الجسدى للضغط النفسى – الاجتماعى والعاطفى المفرط الذى رافقه. وعدم الاطمئنان المادى هو نفسه مصدر للضغط، فهو خطر دائم ومصدر للقلق الذى كثيراً ما يحل اليأس محله. ولا تترك اللوحات مثل لوحة هوجارث Hogarth **زقاق الجن** Gin Lane أى مجال للشك فى أن الفقر يؤثر على الصحة بأقوى صورة من خلال السبل النفسية – الاجتماعية – حتى بين فقراء لندن فى القرن الثامن عشر.

وتأتى إشارة إلى أهمية الضغط النفسى فى سياق الحرمان فى المجتمع الحديث من سجين يكتب عن الحياة فى التسعينيات من القرن العشرين فى سجن إنجليزى (قد لا يكون حتى الآن أسوأ سجون العالم المتقدم)، فقد قال: "لا تأتى نهاية النهار إلا والأعصاب قد توترت فإنك ترتجف وتهذر وأنت تسترخى لتنام. وأول خشخشة للمفاتيح فى الصباح تأتى بالخوف" (شانون Shannon ومورجان Morgan ١٩٩٦).

ومن المداخل الأخرى فى التفكير فى الأهمية النسبية للسبل النفسية – الاجتماعية والمادية فى الرابطة بين الدخل والصحة هى النظر فى مسألة السكن. فعلى الرغم من أن لدى الأشخاص الذين يعيشون فى سكن سيىء معدلات أعلى بكثير من أمراض السرطان والقلب الرئيسية، لا يقترح أحد تقريباً أن الجوانب المادية من المساكن السيئة تسهم مساهمة مباشرة ذات أهمية فى أسباب الموت هذه (لاورى Lowry ١٩٩١). لكن هناك أدلة أن المساكن الرطبة تسهم بصورة مباشرة فى الزيادة المفرطة فى الأمراض التنفسية من خلال

ازدياد أبوا غ العفن فى الهواء. ولكن أولاً، هذا النوع من الأمراض التنفسية هو جزء بسيط من عبء ازدياد اعتلال الصحة المرتبط برداءة السكن، وثانياً، توحى مسوح الظروف السكنية أن نسبة قد لا تتعدى (٧) بالمائة من إجمالى السكان تعيش فى مساكن رطبة (إنيتشن Ineichen ١٩٩٣). وحتى لو كان هذا تقديراً أقل بكثير من الواقع، فمن الواضح أن علينا التفكير بصورة رئيسية حول المضامين الاجتماعية للحرمان النسبى حين نحاول أن نفهم الارتباط بين الصحة ورداءة السكن، وأيضاً بصورة أكثر أهمية حين نحاول تفسير العلاقة بين توزع الدخل وصحة السكان ككل.

وقد جاء واحد من أوضح المؤشرات على أن الحرمان النسبى يؤثر على الصحة من خلال سبل نفسية – اجتماعية من دراسات الآثار الصحية للبطالة. فإحدى الصعوبات الأولية التى واجهت البحث فى ذلك الميدان كانت مدى الانتقاء المحتمل: هل العاطلون عن العمل أقل صحة لأن البطالة تدمر الصحة فعلاً، أم الأمر هو مجرد أن هناك احتمالاً أكبر فى أن يصبح معتلو الصحة عاطلين عن العمل؟ ولم تستطع المقارنات البسيطة بين صحة العاملين والعاطلين أن تميز بين هذين الاحتمالين ولم يظهر بصورة قاطعة أن الصحة تتدهور حقاً **نتيجة** للبطالة إلا بعد أن توافرت أدلة من دراسات إغلاق المصانع الذى يسبب بطالة غير انتقائية. لكن الأكثر إثارة للاهتمام هو أن تلك الدراسات نفسها أظهرت أيضاً أن مقداراً كبيراً من التدهور فى الصحة لم يبدأ حين أصبح الأشخاص عاطلين عن العمل فعلاً، بل بدأ قبل ذلك: مع أول إعلان عن الزيادة عن الحاجة. ويتضح الآن أن جزءاً كبيراً من الرابطة بين الصحة والبطالة يعود إلى عدم الاطمئنان الوظيفى وتوقع البطالة. وقد تم إثبات هذا حتى الآن أربع مرات على الأقل (إيفرسن Iversen وكلاوسن Klausen ١٩٨١؛ فرى وآخرون Ferrie et al ١٩٩٥؛ كوب Cobb وكاسل Kasl ١٩٧٧؛ ماتياسون وآخرون Mattiason *et al.* ١٩٩٠). وهذا يوفر دليلاً قوياً على أن واحداً من أوضح أصناف الحرمان فى المجتمعات الحديثة يؤثر فى الصحة بشكل تسيطر عليه السبل النفسية – الاجتماعية.

هذه النتائج مثيرة للاهتمام أيضاً لأن مشكلة عدم الاطمئنان الوظيفى أكثر انتشاراً بكثير من البطالة نفسها. وفى حين أن مداها يتجه إلى التغير مع التغيرات فى البطالة، فإن نمو القوة العاملة "الهامشية" أو "المرنة" سيعمل كمُضاعِف قوى لعدم الاطمئنان الوظيفى. وقد وجد مسح قام به معهد أبحاث الأسواق والآراء أنه حتى بين "الطبقات الوسطى" (أ، ب، ج١) العاملة يشعر (٣٥) بالمائة بالقلق من احتمالات فقدانهم لوظائفهم خلال فترة (١٢) شهراً، فى حين أن (٢٠) بالمائة من الأسر مرت بتجربة بطالة حديثة العهد (سميث Smith ١٩٩٤).

وعدم الاطمئنان الوظيفى هو افتراضاً واحد من بين عدة تصنيفات أخرى من عدم الاطمئنان المالى أو المادي. وقد أظهرت دراسة تشير إلى التأثيرات الصحية لعدم الاطمئنان السكنى أن عدد الساكنين الذين يزورون طبيبهم العام يتغير وفقاً لما إذا كان تهديد المجلس بهدم مقر سكنهم "سارياً" أو "مجمداً". وعدم الاطمئنان السكنى - سواء أكان نتيجة خطط المجلس أو الصعوبة فى الاستمرار فى دفع الأجرة أو أقساط الرهن - له الكثير من العوامل المشتركة مع الخوف من البطالة. ولا يمثل المعدل العالى لاستعادة ملكية المساكن سوى نقطة فى بحر الشعور بعدم الاطمئنان السكنى، ومع ذلك فقد قامت جمعيات البناء باستعادة ملكية (٧٥٠٠٠) منزل فى بريطانيا عام ١٩٩١م، وكان هناك على الأقل (٢٧٥٠٠٠) مسكن آخر تأخر دفع أقساط الرهن عليها ستة أشهر على الأقل (**الكتاب السنوى لجمعيات البناء** Building Societies Yearbook ١٩٩٣/١٩٩٤). ولاتشمل هذه الأرقام سوى المنازل المسكونة من قبل مالكيها، فهى لا تذكر شيئاً عن مشكلات الأشخاص فى قطاع السكن المستأجر.

وعدد الأشخاص الذين يخسرون مساكنهم هو بدوره ليس سوى نقطة فى بحر الأعداد الهائلة من الذين تنغص الديون حياتهم. وحتى الآن لم تخضع تأثيرات الديون على الصحة لبحث وافٍ، فلا توجد سوى بضعة بحوث تذكر مساهمة الديون وعدم الاطمئنان المالى فى الآثار الصحية للبطالة (بارتلى Bartley ١٩٩٤؛ وايت White ١٩٩١؛ ولسون Wilson

وووكر Walker ١٩٩٣). لكن ما توحى به التقارير الصحفية عن عدد يصل إلى ثلاثين حادثة انتحار بين أثرياء "محرجين مالياً" أوردت شركة لويد Lioyd أسماءهم هو أن الآثار الصحية للديون لا تقتصر على الفقراء (ماكجوان McGowan ١٩٩١).

وبعض الأدلة الأخرى على طبيعة الرابطة بين الدخل النسبى المنخفض والصحة، وهى أدلة إدراكية وليست مجرد مادية، تأتى من دراستين فى أوستراليا وأيرلندا وجدت كلتاهما أن التعرض الشخصى "للضغط النفسى المالى" أوثق علاقة بالصحة من المستوى الفعلى للدخل (أولا Ullah ١٩٩٠؛ ويلان Whelan ١٩٩١).

وفى حين تمت دراسات مثل هذه تربط مصادر للضغط الاجتماعى – الاقتصادى بصورة محددة مع الصحة، أجريت كذلك تجارب خاضعة لتحكم أكثر صرامة توضح الرابطة الكامنة بين الصحة البدنية والضغط النفسى المتنوع المصادر. وفى أحد الأمثلة قام المتطوعون بملء استبانة نفسية قياسية مصممة لقياس مستويات الضغط النفسى لديهم، ثم تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين (كوهين وآخرون *Cohen et al.* ١٩٩١). وفى هذه المحاولة العشوائية العمياء، أعطيت للأشخاص فى إحدى المجموعتين قطرات أنفية من الماء المقطر المحتوى على خمسة أنوا ع من فيروسات الزكام، وأعطيت للأشخاص فى مجموعة الضبط قطرات أنفية لا تحتوى سوى على الماء المقطر. وأظهرت النتائج وجود تدرج فى نسبة الذين أصيبوا بالزكام من (٢٧) بالمائة بين الأشخاص القليلى الضغط النفسى و(٤٧) بالمائة بين الذين لديهم مستويات عالية من الضغط. ويوحى هذا أن المستويات العالية من الضغط قد تزيد فرص الإصابة بالزكام بنسبة (٧٥) بالمائة. وقد بقى الارتباط حتى بعد الضبط من حيث السن والجنس والتعليم والوضع التحسسى والوزن وفصول السنة. كما لم يمكن تعليل الفوارق باحتمال وجود "وسطاء بين الضغط النفسى والمرض" مثل التدخين واستهلاك المسكرات والتمارين الرياضية والنظام الغذائى والأرق.

ورغم الضبط حسب هذه العوامل فمن الممكن المحاجة بأن الأشخاص القليلى الضغط النفسى والشديدى الضغط يختلفون بعضهم عن بعض بطريقة أخرى تعلل الاختلافات فى

معدلات العدوى. ولكن عدداً من الدراسات يظهر مؤشرات على ضعف المناعة وتدهور الصحة المرتبطين بمصدر بيئى للضغط يمكن التعرف عليه بوضوح. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة قامت بفحص ماسحات حلق طلاب فى كلية الطب أثناء الامتحان أن مقارنة الماسحات أظهرت أن الضغط النفسى للامتحان أضعف المناعة (س. كنيدى وآخرون *Kennedy, S. et al.* ١٩٨٨). ويوجد أيضاً دليل على أن الضغط النفسى من انهيار الحياة الزوجية أو اختلالها يمكن أن يؤثر على جهاز المناعة. وقد تبين أن التأثيرات تكون أقوى كلما كان انهيار الحياة الزوجية أحدث عهداً وكلما كان الارتباط بالشريك السابق أقوى (كنيدى وآخرون ١٩٨٨). ووجدت دراسة فى جنوب ويلز أن معدلات الوفاة بين أقرب أقرباء أطفال قتلوا حين انهارت كومة من خَبَث المعادن من منجم الفحم فى أبرفان Aberfan فوق مدرسة ابتدائية بلغت سبعة أضعاف المعدلات بين المجموعات الضابطة خلال العام التالى (كوندويت Conduit ١٩٩٢). وعلى نحو مماثل، ازدادت معدلات الوفاة فى العام التالى بنسبة (٥٠) بالمائة بين الأشخاص الذين غَمَر الفيضانُ منازلهم بالمقارنة مع الذين لم تتعرض منازلهم للفيضان (بنيت Bennet ١٩٧٠).

وقد تبين أنه حتى الظروف من نوع حوادث الطفولة التى قد تبدو التأثيرات النفسية فيها أقل احتمالاً تتأثر بشدة بالاكتئاب لدى الأم. وقد استنتج براون Brown من دراسته التتبعية للأمهات أنه "يبدو أن الصعوبات النفسية لدى الأم تفسر جزءاً كبيراً من الفوارق الطبقية فى حوادث الطفولة" (براون ١٩٧٨). (وهذه نتيجة هامة بصورة خاصة على اعتبار أن التدرج الطبقى لحوادث الأطفال شديد الانحدار.) فقد وجد أن الحوادث بين الأطفال من الطبقة الاجتماعية الخامسة (العمال اليدويون غير المهرة وعائلاتهم) تضاعفت فى حالة الأمهات المصابات بالاكتئاب. وبلغت معدلات الاكتئاب بين أمهات الطبقة العاملة أربعة أضعاف معدلاته (٢٨ بالمائة) بين أمهات الطبقة الوسطى. ولأن الدراسة تابعت الأمهات خلال فترة زمنية؛ فقد تمكنت من إثبات أن معدلات الحوادث لا تكون أعلى إلا حين تكون الأمهات مكتئبات. وفى الأسابيع التى تسبق الاكتئاب والتى تليه تكون معدلات الحوادث لدى أطفالهم مساوية لمعدلاتها لدى الأطفال الذين لا تعانى أمهاتهم من الاكتئاب.

كما أمكن تحديد ازدياد فى الوفيات بين عامة السكان مرتبط بقائمة أعم من "أحداث الحياة" المسببة للضغط النفسي. وقد وجدت دراسة تابعت مجموعة مؤلفة من (٧٥٢) رجلاً من الطبقة الوسطى لمدة سبع سنوات أن معدلات الوفاة كانت أكثر من ثلاثة أضعاف ونصف بين الرجال الذين تعرضوا لثلاثة أحداث مسببة للاكتئاب على الأقل (روزنجرن Rosengren ١٩٩٣). وكانت قائمتهم لأحداث الحياة العشرة مرتبة من الأكثر أهمية إلى الأقل أهمية هي: الملاحقة قضائياً، والاضطرار للانتقال من السكن، والطلاق أو الافتراق، والمشاكل المالية الخطيرة، ومشاعر عدم الاطمئنان فى العمل، والقلق الشديد على أحد أفراد الأسرة، والمرض الخطير فى الأسرة، وتصنيف المرء بأنه زائد على الحاجة فى عمله، والاضطرار إلى تغيير الوظيفة، وأخيراً وفاة أحد أفراد الأسرة. ورغم أن وفاة أحد أفراد الأسرة ورد فى آخر القائمة، فإن دراسات فقدان الأحبة بينت أنه من المحتمل أن تسرع وفاةُ أحد الشريكين فى الزواج وفاةَ الشريك الآخر (هلسنج Helsing وتشكلو Szklo١٩٨١). وكانت الوفيات بسبب أمراض السرطان والقلب والوفيات من أسباب تتعلق بالمشروبات الكحولية عالية بشكل خاص. وأظهرت دراسة تتبعية للأشخاص الذين تعرضوا لسكتة قلبية أن معدلات تكرار التعرض لها كانت أعلى بكثير بين الأشخاص الذين يعانون مشكلات طويلة الأمد (تنانت وآخرون Tennant *et al.* ١٩٩٤).

كما حدث تقدم فى تحديد الخصائص النفسية – الاجتماعية للعمل الذى يؤثر فى الصحة. فبالنسبة لمعظم العاملين فى العالم المتقدم، وبالتأكيد بالنسبة لجميع موظفى المكاتب، من الأرجح أن يكون التنظيم الاجتماعى للعمل الآن هو أهم عوامل الخطر المهنية. كما أن الأبحاث التى تحاول تفسير الفوارق الصحية حسب المكانة الاجتماعية – الاقتصادية بالعلاقة مع بيئة العمل توصلت إلى نتائج تشير إلى أهمية العمليات النفسية – الاجتماعية. وقد لفت كاراسك Karasek وثيورل Theorell (١٩٩٠) الانتباه إلى التأثيرات المؤذية للصحة الناجمة عن ضعف تحكم المرء فى عمله، وعن ضعف المساندة الاجتماعية من قبل المديرين أو الزملاء فى مكان العمل، وعن سرعة إيقاع العمل. فهناك علاقة مستقلة بين كل من هذه الأسباب

الثلاثة والأعراض الوعائية القلبية وعدد من المشكلات الصحية الأخرى. ووجد مارموت وآخرون Marmot *et al.* (١٩٩١) علاقات مماثلة تسهم فى الفوارق البالغة ثلاثة أضعاف فى الوفيات فى دراسة وايتهول Whitehall. وعلى الرغم من أن ارتفاع المستوى الوظيفى فى الخدمة المدنية له علاقة مباشرة مع مقدار تحكم الأشخاص فى عملهم؛ فإن التحكم فى العمل ارتبط بالصحة بدرجة لا يستهان بها، حتى بعد الضبط وفق الدرجة الوظيفية وعدد من عوامل الخطر الأخرى. وكذلك فمن الأمور التى ارتبطت باعتلال الصحة فى تلك الدراسة المتطلبات الوظيفية المتضاربة والإثقال على الموظف بالعمل فى غياب المراقبة.

وإحدى فوائد دراسات مكان العمل المماثلة لهذه هى أنه يمكن لها أن تبين السلسلة الكاملة من الروابط من الظروف الموضوعية التى يعمل الناس فيها إلى التأثير النفسى – الاجتماعى على الأفراد وصحتهم. وقد لقيت تأثيرات الشعور بالقدرة على التحكم وبالفعالية الشخصية من جهة والعجز المكتسب من جهة أخرى قدراً كبيراً من الاهتمام فى علم النفس الاجتماعى، وتبين أنها هامة فى العديد من مجالات الأداء مثلما هى فى تحمل الألم والنتائج الصحية الأخرى. وعلى الرغم من أن هذه الخصائص فى جزء كبير من هذا العمل تخضع للتلاعب البيئي-كما توحى عبارة "العجز المكتسب" – فمع ذلك كثيراً ما ينظر إليها كما لو أنها خصال شخصية ثابتة. وحين محاولة تفسير تأثيرات الظروف الاجتماعية – الاقتصادية على الصحة، لا تكون العوامل النفسية – الاجتماعية ذات علاقة إلا بمقدار ما تكون استجابات لتلك الظروف.

وبالنسبة للصحة تأكدت الآن فى دراسات لمكان العمل فى السويد والولايات المتحدة وألمانيا وبريطانيا أهمية مقدار التحكم الذى يتمتع به الأشخاص فى عملهم والدعم الاجتماعى الذى يلقونه فى العمل (جونسون Johnson وهول Hall ١٩٨٨؛ كاراسك وآخرون ١٩٨٨؛ سيجريست وآخرون Siegrist *et al.* ١٩٩٠؛ كاراسك وثيورل ١٩٩٠؛ مارموت وآخرون ١٩٩١). لكن هذه النتائج ذات دلالة مزدوجة: إذ على الرغم من أن دراستها تمت فى بيئة العمل فإن لها جميعها معادلاتها المنزلية، ويرجح أن تعطينا معلومات عن أنواع العوامل

التى تؤثر فى الصحة فى البيت مماثلة لما تعطيه لنا عن أنواع العوامل فى العمل. والمال هو بطرق كثيرة مفتاح القدرة على تحكم المرء فى حياته. فكلما زاد المال؛ تزداد الخيارات المتوافرة له، وتزداد سهولة التغلب على معظم المشكلات. بل من الممكن رؤية مشكلات عدم الاطمئنان فى العمل أو فى السكن كحالات من تصنيف أعم، وهو عدم الاطمئنان المادى، الذى تضيع فيه مجالات هامة من مجالات التحكم. كما أن أهمية الدعم الاجتماعى تنتقل إلى العالم خارج العمل.

وأظهر عدد من الدراسات التأثيرات المفيدة للصحة الناتجة عن الاحتكاك الاجتماعى الأكثر والأفضل فى نوعيته بين الناس فى البيت أو فى المجتمع (هاوس وآخرون .House *et al* ١٩٨٨؛ برودهيد وآخرون .Broadhead *et al* ١٩٨٣؛ بركمان Berkman وسايم Syme١٩٧٩).
وهناك الآن قبول عام بأن الأشكال المختلفة من الدعم الاجتماعى والاحتكاك الاجتماعى لهما تأثير مفيد هام على الصحة. ويبدو من المحتمل أن الدعم الاجتماعى هام فى تغيير طريقة استجابة الناس للأحداث والظروف المسببة للضغط النفسى (ويلان Whelan ١٩٩٣؛ روزنجرن وآخرون .Rosengren *et al* ١٩٩٣). فالافتقار إلى علاقة مع صديق حميم أو قريب أو شريك يمكن الإسرار له بالأمور الخاصة يرتبط بصحة أضعف، ولكن ذلك ينطبق أيضاً على المشاركة الأقل فى الشبكات الاجتماعية الأوسع والنشاطات الاجتماعية،... إلخ.

ومن حيث العلاقات بين الصحة وتوزع الدخل (الفصل الخامس) وبين توزع الدخل والتماسك الاجتماعى (الفصل السادس)، تثير أدلة التأثيرات الصحية الناجمة عن المشاركة الاجتماعية الأقل وعن العدد الأقل من الشبكات الاجتماعية الجيدة اهتماماً خاصاً. وتقول بركمان فى مراجعة لها:

> بين عامى ١٩٧٩ . . . و١٩٩٤ أجريت ثمانى دراسات تتبعية ترتكز على مجتمعات معينة كشفت عن ارتباط بين ما نطلق عليه الآن اسم الاندماج الاجتماعى ومعدلات الوفيات، أى الوفيات من جميع الأسباب . . . وبصورة عامة تبين تلك الدراسات بشكل متناغم أن الأشخاص المنعزلين يتعرضون إلى مقدار أكبر من مخاطر الوفاة

من عدد من الأسباب. وعلاوة على ذلك فالدراسات تتمتع بعدة نقاط قوة منهجية هامة تمنحنا الثقة بنتائجها. . . .

وفى أولى تلك الدراسات من مقاطعة أليدا Almeda County كان لدى الرجال والنساء الذين يفتقرون لروابط مع الآخرين (وفى هذه الحالة بناء على مؤشر يقوم الاتصالات مع الأصدقاء والأقارب والحالة الزواجية والعضوية فى الكنائس والمجموعات) احتمال التعرض للوفاة خلال فترة متابعة بلغت (٩) سنوات يزيد بمقدار (١,٩) إلى (٣,١) أضعاف الاحتمال لدى أولئك الذين لديهم قدر أكبر بكثير من الاتصالات.

(بركمان ١٩٩٥، ص ٢٤٦)

وتؤكد بركمان أن تأثيرات الافتقار إلى صلات اجتماعية تمتد إلى سلسلة واسعة من أسباب الوفاة وتؤثر فى معدلات كل من حدوث المرض والموت من الحالات المرضية. بل إنها تورد أدلة عن فوارق تبلغ ثلاثة أضعاف فى معدلات الموت بعد الإصابة بالسكتة القلبية وفقاً لاحتمالية تمتع المرضى بدعم اجتماعى جيد أم لا. وقد تم التعرف على عدة سبل سببية محتملة تربط تأثيرات العلاقات الاجتماعية بالصحة وهى تتعلق بكل من الجهاز المناعى وجهاز الغدد الصماء العصبى.

على الرغم من أن الأهمية الظاهرة للعلاقات الاجتماعية بالنسبة للصحة توفر رابطة مباشرة بشكل مرضٍ بين التماسك الاجتماعى والصحة، فإن هناك مجرد احتمال أن النتائج يمكن تفسيرها على أساس الانتقاء الفردى. فإذا تبين أن الأشخاص الأكثر ميلاً للمخالطة الاجتماعية يتمتعون بصحة أفضل لأن لهم صفات نفسية مختلفة، فالمجتمع الأكثر ميلاً للمخالطة الاجتماعية قد لا يحسِّن الصحة من هذا السبيل. وبتوجيه مشاعر القلق المعتادة حول المغالطة البيئية توجيهاً عكسياً، قد يكون من الخطأ الاستدلال من دراسات شخصية فى السياسة الاجتماعية لمجتمعات بأكملها.

لكن هناك أدلة على أن التدخلات النفسية - الاجتماعية فى المجالات الأخرى تحدث اختلافاً فى الصحة. وقد رأينا أدلة على أهمية التأثيرات النفسية - الاجتماعية على الصحة البدنية من دراسات وتجارب المراقبة مثل الدراسة التى أظهرت علاقة بين مستويات الضغط النفسى والاستعداد للإصابة بالزكام لدى التعرض التجريبى لجرثومته. لكن هناك أيضاً دراسات عن تأثيرات التدخل المصمم لتخفيض مستويات الضغط النفسى بتعليم الأشخاص أساليب الاسترخاء والتأمل. وفى أحد الأمثلة الذى يترك انطباعاً قوياً أكثر من غيره، قُسِّم أشخاص يعانون ارتفاع ضغط الدم عشوائياً إلى مجموعتين، أعطى لإحداهما النصح حول التدخين والنظام الغذائى والتمارين الرياضية فى حين أعطيت المجموعة الأخرى درساً أسبوعياً مدته ساعة فى الاسترخاء والتعامل مع الضغط النفسى على مدى ثمانية أسابيع (باتل Patel ومارموت Marmot). وبعد ثمانية أشهر، ثم مرة أخرى بعد أربعة أعوام، تبين أن ضغط الدم أخفض إلى حد كبير بين أفراد المجموعة التى أعطيت دروساً فى الاسترخاء. عند سؤال أفراد تلك المجموعة أفادوا أنه رغم استمرار عدد قليل منهم فى ممارسة الاسترخاء بانتظام، فلا يزال بعضهم ينصحون أنفسهم بالاسترخاء أو الهدوء عند التعامل مع مشكلة مسببة للضغط النفسى. وفى السياق الحالى تكمن أهمية تلك التجربة - والتدخلات التجريبية المشابهة الأخرى - فى أنه على الرغم من أن القيام بتجارب تزيد مستويات الضغط المزمن زيادة خطيرة عمل غير أخلاقى - فإن تلك التجارب بتخفيضها للضغط تعطى دليلاً يكاد أن يكون قاطعاً على أهمية العمليات النفسية - الاجتماعية للصحة وتشير إلى الفوائد المحتملة من التدخل.

ومن المرجح أن يأتى الكثير من أهم مصادر الضغط النفسى فى حياتنا من البيئة الاجتماعية - الاقتصادية وستتفاقم تلك المصادر بفعل الانخفاض النسبى للدخل. والتحدث عن الظرف الاقتصادى المعوِّق المؤثر فى الصحة من خلال سبل نفسية - اجتماعية لا يعنى أن المشكلات هى بطريقة ما "نفسية" وليست "حقيقية". إن الناس يقلقون خشية أن يفقدوا منازلهم إن لم يتمكنوا من دفع أقساط الرهن أو الأجرة لأن هذا خطر حقيقى. والتأكيد

على السبل النفسية لا يعنى أن السبب الأساسى للمشكلة نفسى أو يمكن التعامل معه عن طريق التدخلات النفسية؛ فالغاية من تمييز السبل النفسية – الاجتماعية عن السبل المادية حصراً هو التمييز بين المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة فى الصحة من خلال الأشكال المختلفة للقلق والضغط النفسى وعدم الاطمئنان،... إلخ، والمشكلات التى تؤثر فى الصحة عبر سبل مادية بحتة، مثل تلوث الهواء أو الماء، حتى ولو كنا غير واعين لها أو مهتمين بها على الإطلاق. ويمكننا أن نتحدث ببساطة عن سبل إدراكية بدلاً من نفسية –اجتماعية، لكن المدركات التى تسبب ما يكفى من الضغط النفسى لتكون ذات أهمية هى بالطبع المدركات المشحونة عاطفياً بشكل خاص، والتى تنشأ من جوانب طويلة الأمد من ظروف حياة المرء. وفى حين أن الشخص الذى لا يقلق من احتمال فقدانه لمنزله بسبب عدم قدرته على الاستمرار فى دفع الأقساط أو الأجرة شخص غير طبيعى، لا بد من الاعتراف بمدى الضرر التى تحدثها مثل تلك التهديدات حتى ولو لم يفقد الشخص منزله فى نهاية المطاف، فالإحساس بالكآبة والغضب والمرارة والعجز المكتسب والعدوان كلها يمكن فهمها كلياً كردود فعل على المصاعب الاجتماعية والاقتصادية والمادية المختلفة. والضغط النفسى الممتد الأمد من أى من هذه المصادر كثيراً ما يكون كل ما هو مطلوب لتدمير الصحة.

والاعتقاد بأن مشاركة العمليات النفسية – الاجتماعية فى العلاقة بين توزع الدخل والصحة تعنى أن بإمكاننا أن ننسى موضوع توزع الدخل ونركز على التدخلات النفسية – الاجتماعية هو اعتقاد يعاكس الحقيقة. فما يعنى ذلك حقاً هو أن توزع الدخل محددة مهمة من محددات رفاهة المجتمع النفسية – الاجتماعية. وأهمية معرفة أن من المرجح أن يتحسن التماسك الاجتماعى إذا ضاقت الفوارق فى الدخل هى أن تلك المعرفة تعطى صناع السياسة طريقة لتحسين جوانب مهمة من حياة مجتمعنا. وفى حين كان الناس فى الماضى لا يملكون سوى رفع أيديهم علامة على اليأس، قد يكون الآن من المحتمل اتخاذ خطوات عملية لتحسين الأوضاع. ولأن توزع الدخل يتأثر بقوة بسياسة الحكومات؛ قد تتمكن الحكومات من تحسين الوضع النفسى – الاجتماعى والمعنوى للسكان بأكملهم.

الضغط النفسي والسلوك المتعلق بالصحة:

من الطرق الكثيرة التى تؤثر بها العوامل النفسية - الاجتماعية فى الصحة التأثير من خلال السلوك ذى العلاقة بالصحة. ومن المحتمل أن يتأثر عدد من أنواع مختلفة من المخاطر الصحية السلوكية فى المستويات العامة للضغط الاجتماعى بين السكان. وقد بين مارش Marsh فى بحث يلقى الأضواء على أمور كثيرة أنه فى حين أن التدخين تقهقر خلال الفترة ١٩٧٦-١٩٩٠م، فقد كان ذلك فى كل من الثلاثة أرباع العليا من توزع الدخل (أى أغنى ثلاثة أرباع السكان) ولكن لم يحدث ذلك فى صفوف الربع الأفقر (مارش وماكى McKay ١٩٩٣). ومع ازدياد الفقر النسبى لأفراد الربع الأفقر (وبعضهم ازداد فقره المطلق) ازداد تدخينهم. وظهر هذا بشكل خاص فى أواخر الثمانينيات حين اتسعت فوارق الدخل بصورة شديدة السرعة. ويبدو أن التدخين الآن يتعلق بالمعوقات ليس فقط حين النظر إلى مقطع عرضى للسكان، بل أيضاً حين النظر إلى التغيرات عبر الزمن. وعلى الرغم من الحافز المالى القوى إلى عدم التدخين الذى يتوقع المرء أن يكون على أشده بين أكثر الناس فقراً؛ فإن ازدياد الفقر النسبى وثبات الدخول المطلقة دفع الفقراء لزيادة التدخين، بعكس الاتجاه العام للشعب بأكمله.

وقد وجد تحليل نسبى للصحة وأساليب الحياة فى بريطانيا أنه بالرغم من وجود درجة ميل اجتماعى - اقتصادى واضحة بالنسبة للنجاح فى الإقلاع عن التدخين، لا توجد أية درجة ميل بالنسبة للرغبة فى الإقلاع (جونز Jones ١٩٩٥). وكما يبين مارش أن الإقلاع عن التدخين أسهل عندما يكون احترامك لذاتك مرتفعاً، فأنت تشعر بالتفاؤل بالنسبة للحياة وتشعر أنك تمسك بزمام الأمور. ولكن حين تجرى الرياح بعكس ما تتمنى ويبدو المستقبل ميئوساً منه تماماً، فمن الأرجح (كما بينت هيلارى جراهام Hilary Graham) أن تعتبر التدخين الوسيلة الوحيدة المتاحة لك للاسترخاء والترفيه - بالإضافة إلى تمنيك الإقلاع عنه (العمل بشأن التدخين والصحة Action on Smoking and Health ١٩٩٣).

ولقد أصبح التدخين بصورة هامة مؤشراً على الضغط الاجتماعى - الاقتصادى. ولكن هناك مؤشرات بأن العمليات نفسها تؤثر بأشكال أخرى من السلوك تضر بالصحة. فعلى سبيل المثال من الطرق الكثيرة التى يستجيب الناس بها للضغط النفسى والتعاسة والاحتياجات العاطفية المحبَطة زيادة استهلاكهم للأطعمة المختلفة المهدئة - التى تحتوى عادة على نسبة عالية من السكر والدهون - وللعقاقير المختلفة، بما فيها المشروبات الكحولية وبالطبع التبغ. ويشتمل الأكل من أجل السلوى فى أكثر أشكاله تطرفاً على فورات الإسراف بالأكل وعلى النهام (الشره المرضى). ومرة أخرى من المثير للاهتمام ملاحظة حدوث زيادات كبيرة فى البدانة بين الرجال والنساء فى سن العمل خلال فترة أواخر الثمانينيات حين كانت فوارق الدخل تتسع بسرعة كبيرة (وزارة الصحة ١٩٩٣). ومن السهل تصور أن هذا كان نتيجة زيادة البطالة والشعور بعدم الاطمئنان اللذين قد يكونان أديا إلى قلة النشاط البدنى بين الأشخاص المثبطى الهمة الذين يبقون فى منازلهم ويأكلون بحثاً عن السلوى.

والاتجاه المعروف جيداً نحو قيام الأشخاص بزيادة أكل السكريات والحلوى حين يقلعون عن التدخين يبين كيف أن الحلوى يمكن أن تكون مصدراً بديلاً للسلوى (ونلكستاين Winkelstein وفلدمان Feldman ١٩٩٣). وبالطبع فإن كون المدخنين يجدون سهولة أكبر فى الامتناع عن أكل الحلوى هو سبب جزئى فى شيوع تدخين السجائر بصورة خاصة بين الشابات اللواتى يرغبن فى تفادى زيادة وزنهن.

وقد يبدو تمسك الناس بأشكال مختلفة من "السلوك الضار بالصحة" فى حين أنهم كثيراً ما يريدون الإقلاع عنه موحياً بخاصية مسيَّرة أو إكراهية أو إدمانية. وهى إلى حد ما محاولات لتلبية ما قد يكون جزئياً احتياجات اجتماعية. فهناك مجالات من الاستهلاك موجودة إلى حد كبير بفعل تأثيراتها النفسية - الاجتماعية. ويفترض أن الرغبة فى العقاقير المُرخية والمحررة من الخجل والمنبهة،... إلخ، هى مؤشر ما على الحالة النفسية - الاجتماعية للسكان. فقد استخدمت المشروبات الكحولية دائماً من قبل السكان على مختلف أهوائهم للتحرر من الخجل والتخلص من الضغط النفسى - وخاصة الضغط فى المجالس الاجتماعية.

وهى أيضاً مرخية. ويتبين مدى شعورنا بالحاجة إليها من كميتها المستهلكة. وعلى الرغم من أن هذا الاستهلاك أقل بكثير فى إنجلترا وويلز من مستوياته فى الاتحاد الأوربى، فقد بلغ ما يقارب نصف لتر من البيرة يومياً للرجال البالغين من العمر (١٦) عاماً أو أكثر نحو ربع لتر للنساء (معهد دراسة الاعتماد على المخدرات Institute of the Study of Drug Dependence ١٩٩٤). ويقر (٧) بالمائة من الرجال و (٢,٥) بالمائة من النساء بأنهم يسكرون مرة فى الأسبوع على الأقل. وقد رأينا فى الفصل السابق أن الوفيات المتعلقة بشرب الكحول على علاقة وثيقة جداً بتوزع الدخل على النطاق العالمى.

وقبل التقهقر فى التدخين كان للسجائر دور اجتماعى تداخل جزئياً مع الوظيفة الاجتماعية للمشروبات الكحولية – فقد كان الناس يدخنون للتخفيف من التوتر الاجتماعى فى الاجتماعات والمجالس الاجتماعية. وكانت السيجارة "شيئًا يمكن تقديمه للآخرين." وعلى الرغم من تقهقر التدخين، فإن نسبة الذين مازالوا يدخنون من البالغين فى بريطانيا تصل ما بين الربع والثلث.

ويعتبر البعض كمية الكافيين المستهلكة فى الشاى والقهوة والمشروبات الغازية وغيرها مثالاً آخر على استهلاك المواد المؤثرة بالنفس المرتبط بأشكال الضغط النفسى. وتوحى التقديرات بأن متوسط استهلاك البالغين يتراوح بين (٣٥٠) و (٤٥٠) ملغ من الكافيين فى اليوم – نحو ضعف الجرعة التى تعطى حين استخدامه طبياً بصفته عقاراً منبهاً.

وبالإضافة إلى هذه العقاقير المرخية التى يصفها الناس لأنفسهم، توجد العقاقير المعدلة للأمزجة التى يصفها الأطباء العامون. فقد صرفت أكثر من (٣٢) مليون وصفة طبية من العقاقير المؤثرة فى النفس فى عام ١٩٩٤م . وبعضها، مثل البروزاك Prozac، مصمم لإزالة الكآبة وجعل الأشخاص يشعرون بسعادة أكبر فى نظرتهم للحياة، والبعض الآخر مثل البنزودزيبينات Benzodizepines صنع بهدف تهدئة الناس والتخفيف من القلق. وبالإضافة إلى ذلك فقد يكون من الواجب النظر إلى الاستخدام غير القانونى لما يسمى العقاقير "الترفيهية" على أنه رد فعل على مشكلات مشابهة. كما أن عدداً من العقاقير غير القانونية اعتبرت فى البداية أنها مسهِّلة للتفاعل الاجتماعى: كان بعض الناس يتشاركون فى

سجائر الحشيش ويعتقدون – فى الستينيات كما هو واضح – أنها تتمتع بالقدرة على تبديل العلاقات الإنسانية فى المجتمع بأسره. وتعطى قيمة خاصة لعدة عقاقير أكثر قوة؛ لأنها تحفز شعوراً بفقدان الأنا والاتحاد مع الآخرين. وحسب قول كامرون Cameron وجونز Jones، "لا يحتاج مجتمعنا إلى التبغ والكحول وعقاقير السلوى الأخرى لتخفيف عبء الألم والمعاناة الثقيل عن الأفراد فحسب، بل إنه لا يستطيع تأدية عمله بشكله الحالى من دونها" (كامرون وجونز ١٩٨٥).

ولا يوجد شك فى أننا نعتمد على عدد كبير جداً من المحددات المؤثرة فى النفس. وكان من الممكن الاعتقاد بأن الاحتياج سيخف مع ارتفاع مستويات المعيشة – وأن شرب الجِن فى القرن الثامن عشر كان يعكس رغبة فى التخلص من مشقات الحياة المادية ومن عدم التأكد فيها، لكن مستوى استخدام العقاقير المؤثرة فى النفس من كل هذه المصادر المتنوعة مجتمعة قد يعادل فى ارتفاعه ما كان عليه دائماً. وعلى الرغم من أن الاتجاهات فى التدخين وفى استهلاك المشروبات الكحولية والكافيين تختلف من دولة إلى أخرى، فهناك نمو عالمى واسع الانتشار فى استخدام العقاقير غير القانونية وفى العقاقير المؤثرة فى النفس التى توفرها شركات الأدوية من خلال النظام الطبى. وتمكن صناعة الأدوية من إنتاج سلسلة من العقاقير المؤثرة فى النفس هو تطور حديث العهد بعض الشىء، وزيادة المصروفات تعنى أن استهلاكها أوسع انتشاراً بكثير مما كان فى أى جيل سابق.

وبالتسليم بأن الاستخدام المتزايد لما يسمى "أساليب العلاج الكلامية" يمكن النظر إليه على أنه استجابة أخرى لاحتياجات نفسية وعاطفية مشابهة، من المثير للاهتمام ملاحظة تفسير جلنر Gellner لرواج نظريات التحليل النفسى الفرويدية التى ولدت تلك الأساليب وانتشارها. وبدلاً من التعامل بصورة رئيسية مع صدق نظرية فرويد أو زيفها، يحاول جلنر شرح سبب رواجها (جلنر ١٩٩٣). وهو يقول إنها لبّتْ حاجة متنامية. وكان من المحتم أن تلبى محاولة توفير قاعدة نظرية للمعالجة النفسية طلباً جماهيرياً مما يوحى أن المشكلات ازدادت فى العلاقات الشخصية منذ أواخر القرن التاسع عشر.

وهناك بعض الأدلة على روابط أكثر جوهرية مما ندركه عادة بين الضغط النفسى وبعض ردود فعلنا السلوكية الشائعة عليه. فعلى الرغم من معرفتنا أن التدخين واستهلاك الكحول والقهوة هى أشياء مؤثرة فى النفس بصورة مباشرة فإن النزعة إلى أكل الحلوى أو الأطعمة الدسمة قد يكون لها جذور أعمق من مجرد حاجة عصبية لإدخال السرور على أنفسنا. وهناك كم متزايد من الأدلة على أن بعض هذه الأطعمة قد يكون لها تأثير وقائى هامشى ضد بعض تأثيرات الضغط النفسى؛ فقد تبين أن المستويات العالية من الكولسترول التى قد تنتج من الأكل من أجل السلوى ترتبط بانخفاض خطر الإصابات أو الانتحار. ووجدت دراسة تتبعية لعشرين عاماً أجريت على (٥٣٠٠٠) رجل وامرأة سويديين أن احتمال الوفاة نتيجة لإصابات يزيد بين الرجال فى أخفض (٢٥) بالمائة من توزع مستويات الكولسترول بمقدار ثلاثة أضعاف تقريباً. ومعظم هذه الوفيات الزائدة كانت حالات انتحار. ولم يتبين نمط مماثل بين النساء (لندبرج وآخرون Lindberg *et al.* ١٩٩٢). ووجدت دراسة أخرى مستويات كولسترول أكثر انخفاضاً لدى أشخاص حاولوا الانتحار (جالرانى وآخرون Gallerani *et al.* ١٩٩٥). وانطوت تجربة خاضعة للضبط لفحص التأثيرات السلوكية لنظام غذائى منخفض فى الكولسترول على إطعام صغار القردة أغذية كانت على الرغم من تساويها فى نسبة الدهون العالية إما عالية فى الكولسترول أو منخفضة. ويقول المؤلفون أن الحيوانات التى أعطيت أغذية منخفضة فى الكولسترول "كانت أكثر عدوانية وأقل نزوعاً إلى الارتباط" (كابلان وآخرون Kaplan *et al.* ١٩٩٤). وهناك الآن عدد من الدراسات التى تبين ارتباطاً بين انخفاض كولسترول المصورة (البلازما) وارتفاع خطر الانتحار والعنف والحوادث (واردل Wardle ١٩٩٥). وقد طرح اقتراح بأن ازدياد تناول أنواع السكر والدهون حين يشعر الناس بالتعاسة أو الكآبة هو شكل من المداواة الذاتية التى تقوم بالتخفيف من تلك المشاعر بزيادة النشاط المركزى الذى يطلقه السيروتونين (مولر وآخرون Moller ١٩٩٢).

لقد كان هناك دوماً اتجاه بين الناس الذين يعملون فى مجال السلوك والصحة لأن يعللوا ارتفاع مستويات الأخطار السلوكية بين الأشخاص الأقل رفاهية على أنه انعكاس للجهل – أو للتكلفة فى حالات اختيار الأطعمة الأقل فائدة للصحة. ولم يتم التعرف بشكل مناسب على أن ازدياد الحاجة إلى العقاقير المرخية حيث يكون الضغط الاجتماعى -الاقتصادى فى أعلى مستوياته قد يكون جزءاً كبيراً من تفسير التوزع الاجتماعى لبعض أشكال السلوك الضارة بالصحة. ونحن نعلم أن أنماط الاستهلاك المرتبطة بالمخاطر كثيراً ما تكون ردود فعل على أشكال متنوعة من الضغط النفسى وأن عدة أطعمة خطرة – وكذلك المشروبات والتبغ – مؤثرة فى النفس. إضافة إلى ذلك، تبين الأدلة الوبائية أن السنوات التى شهدت أسرع تزايد فى الفقر النسبى فى النصف الثانى من القرن العشرين شهدت أيضاً زيادة فى التدخين بين أفراد الربع الأكثر فقراً من مجموع السكان (مارش وماكى McKa ١٩٩٤).

وبالإضافة إلى اقتراح تفسير للتوزع الاجتماعى لكثير من المخاطر الصحية السلوكية، يساعد هذا المنظور النفسى- الاجتماعى أيضاً فى تفسير سهولة تكيف الإفراط فى استهلاك الأطعمة والعقاقير المتنوعة مع معرفة عواقبها الصحية والعبارات المشجعة والمتملقة من دعاة الصحة. ولكن قد يكون الأهم من التوزع الاجتماعى لهذه الأمور مستويات الاستهلاك الإجمالى الشديدة الارتفاع؛ فالمشروبات الكحولية والسجائر ووصفات العقاقير المؤثرة فى النفس البالغ عددها (٣٢) مليون وصفة والمشروبات المفعمة بالكافيين والأطعمة الحلوة والدسمة المهدئة والتى قد تكون مضادة للاكتئاب حين ينظر إليها معاً كمجموعة تعطى صورة عن مجتمع عصابى بشكل بارز. وجميعنا تقريباً لدينا قدر من المعرفة حول كلتا الفجوتين العاطفية والنفسية اللتين نستخدم هذه الأشياء لملئهما، وعن صعوبات فحص إدماننا بأنفسنا – سواء أكان إدماناً للشوكولاته أو المشروبات الكحولية أو أى شىء آخر. وهى تبدو أنها مؤشر على مجتمع هش نفسياً إلى درجة ليست ضئيلة.

وفى السياق الحالى قد تكون درجة الميل الاجتماعية فى بعض عوامل المخاطر السلوكية أكثر أهمية بسبب ما تخبرنا به عن معنويات الناس وضغوطهم النفسية والمدى الذى يشعرون

به أنهم متحكمون فى حياتهم مثلما هو بسبب تأثيره المباشر على الصحة. عند التفكير فى مساهمة العوامل السلوكية فى صور عدم المساواة الاجتماعية فى الصحة، فمن الضرورى تذكر أربع نقاط، هى أن الجزء الأكبر من درجة الميل الطبقى الاجتماعى فى مرض القلب لا تفسره عوامل خطر سلوكية، وأنه إذا تم التعامل بشكل صحيح مع جميع عوامل الخطر السلوكية؛ فإن مرض القلب يبقى أرجح أسباب الوفاة (روز Rose ١٩٨٥) وأن الأمراض غير المتعلقة بالتدخين لها درجة ميل اجتماعى يماثل فى انحداره درجات ميل الأمراض المتعلقة بالتدخين، وأن هناك درجات ميل طبقية فى أمراض ليست لدينا بالنسبة لها معرفة واضحة بأية عوامل خطر سلوكية. لكن توزع عوامل الخطر السلوكية فى المجتمع يوحى أن الضغط النفسى - الاجتماعى هو فى أقصى درجاته بين أقل الناس ثراء.

وحين التفكير فى الأسباب المحتملة للمستويات العالية من استهلاك السلع المؤثرة فى النفس فى المجتمع بأسره، هناك نقطة مثيرة للاهتمام تتعلق بضغط الدم قد تستحق أن يبقيها المرء فى ذهنه. ففى جميع المجتمعات ما عدا أقدم المجتمعات الزراعية المستقرة، والرعاة الرحل، والصيادين والجامعين ينزع ضغط الدم إلى الارتفاع مع تقدم السن (والدرون وآخرون .Waldron *et al* ١٩٨٥). وكلما زاد تقدم المجتمع يبدو أن ارتفاع ضغط الدم مع الكبر يزداد سرعة. وقد طرحت أكثر من مرة فكرة أن اتجاه ضغط الدم إلى الارتفاع على علاقة وثيقة بمدى ارتباط المجتمع بالسوق (والدرون وآخرون ١٩٨٢؛ آير Eyer ١٩٨٤). واتجاه ضغط الدم إلى الارتفاع مع تقدم العمر أصبح شيئاً مقبولاً ومعترفاً به بصورة شاملة إلى حد أن الأطباء فى جميع أنحاء العالم المتقدم يقومون ارتفاع أو انخفاض ضغط دم أى شخص بالنسبة إلى سنه. وعلى كل حال فارتفاع ضغط الدم هو عامل خطر هام بالنسبة للأسباب الشائعة للوفاة، مثل السكتة ومرض القلب. والاحتمالات التى تعارض تفسيراً غذائياً وتؤيد تفسيراً نفسيًا - اجتماعيًا لتلك الظاهرة ازدادت ازدياداً كبيراً نتيجة دراسة قارنت ارتفاع ضغط الدم مع تقدم السن بين جماعة مغلقة من الراهبات ومجموعة ضابطة من النساء. ولم تجد الدراسة أى ارتفاع فى ضغط الدم مع تقدم السن بين الراهبات. ولأن

المجموعة الضابطة كانت مشابهة فى معظم الأمور الهامة الأخرى، توصل الدارسون إلى أن "من الممكن تفادى ازدياد ضغط الدم لدى النساء . . . [خلال فترة تمتد] (٢٠) عاماً بالعيش فى بيئة ديرية خالية من الضغط النفسى تتصف بالصمت والتأمل والعزلة عن المجتمع" (تيميو وآخرون .Timio *et al* ١٩٨٨).

ومن المعقول رؤية التعرض لعدد من عوامل الخطر السلوكية على أنها استجابة للضغط الاجتماعى، وإذا كان من الصواب الاعتقاد أن للضغط الاجتماعى أسباباً مجتمعية (تتعلق بتوزع الدخل والتماسك الاجتماعى)؛ فقد يفسر ذلك جزئياً ملاحظات روز Rose (انظر الفصل الثانى) أن نسبة الأشخاص المعرضين لخطر كبير فى أى مجتمع تنتج عن نقلة فى توزع التعرض لعنصر الخطر بأكمله، وليس عن التغير فى شكل التوزع (روز ١٩٩٢).

النتائج:

كيف تتفق جميع هذه الأمور بعضها مع بعض؟ فى القسم الأول من هذا الفصل اطلعنا على أدلة من مصادر متنوعة تبين القدرة الكامنة للعمليات النفسية – الاجتماعية على التأثير فى الصحة بشكل مباشر. ومن المرجح أن يرتبط الكثير من مصادر الصعوبات النفسية – الاجتماعية التى شاهدناها فى ذلك القسم بالدخل النسبى المنخفض وأن تكون أكثر شيوعاً فى المجتمعات ذات التماسك الاجتماعى الضعيف. وأكثر الأمور علاقة مباشرة بالتماسك هى التأثيرات الصحية للشبكات الاجتماعية والمشاركة الاجتماعية. وفى الجزء الثانى من الفصل رأينا كيف أن من المرجح أن التعرض لعدد من عوامل الخطر السلوكية ذات العلاقة بالصحة سيزيد فى ظروف الضغط الاجتماعى، وكيف أن المستويات العالية من التعرض لأساليب الحياة الأقل ملاءمة للصحة فى المجموعة السكانية بأسرها قد تكون مؤشراً على قابلية التعرض للأذى النفسى فى المجتمع بأكمله.

وعلى الرغم من أن تأثير الشبكات الاجتماعية على الصحة قد يكون من القوة بحيث لا تكون هناك حاجة لافتراض مساهمة أية عمليات أخرى، يبدو أن تلك المساهمة محتملة.

فهناك تأثيرات للحرمان النسبى تكاد تكون أهميتها مؤكدة، بالإضافة إلى التأثيرات الأعم للتماسك الاجتماعى. بل قد يكون من الصواب ضمن أى مجتمع افتراض أن مقدار التماسك الاجتماعى يختلف مع اختلاف مستويات المجتمع. فكما أن أفقر المناطق تعانى ارتفاعًا فى الجريمة وفى سلسلة واسعة من المشكلات الاجتماعية، يرجح أن التماسك الاجتماعى فيها أقل مما هو عليه فى أحياء الطبقة الوسطى. وليس هناك حاجة للنظر إلى التماسك الاجتماعى على أنه عامل واحد بحيث يكون لمجتمعات بأكملها مستويات عالية أو منخفضة منه ويكون التنوع داخلها طفيفاً.

وقد ورد فى الفصل السادس أعلاه ذكر أحد مغريات التأكيد بعض الشىء على هذه النظرة. فقد وجد ليون Leon (اتصال شخصى معه) أن أسباب الموت التى تسهم إسهاماً هامًا فى فوارق الوفيات بين أوربا الشرقية والغربية هى أيضاً الأسباب ذات الأهمية الكبرى بالنسبة للفوارق الطبقية الاجتماعية فى الوفيات فى بريطانيا. وعلى افتراض أن هذا يعنى وجود أسباب مشتركة فى مجموعتى الفوارق؛ فإنه يقلل الاعتراضات بالنسبة للتماسك الاجتماعى. فتفسخ الحياة العامة والانحدار إلى "الأسرية اللاأخلاقية" فى أوربا الشرقية خلال السبعينيات والثمانينيات يرتبط بشكل واضح جداً باتساع هوة الوفيات بين الشرق والغرب فى العقدين المذكورين. وقد يكون هذا أقرب إلى طبيعة الحياة المدمَّرة اجتماعياً فى المناطق المتداعية داخل المدن فى الدول المتقدمة.

والمواد التى جنيناها من الأنثروبولوجيا الاجتماعية وعلم النفس الاجتماعى فى الفصل السابع توحى بالمدى الذى يمنعنا فيه انعدام المساواة وما يرتبط به من افتقار إلى التماسك من أن نكتشف أنفسنا بصفتنا كائنات اجتماعية. ومن المحتمل أن علم الوبائيات الذى يظهر أهمية العلاقات الشخصية الوثيقة والشبكات الاجتماعية الأوسع بالنسبة للصحة يظهر حقاً طريقة أكثر جوهرية يحتاج الناس أن يعيشوا بها من خلال بعضهم البعض وبالعلاقة مع بعضهم البعض ليعثروا على مصادر أساسية لتأكيد الذات.

والمدخل الوحيد نصف المعقول لربط الدخل النسبى بالصحة دون المرور بطريق نفسى – اجتماعى هو اقتراح أن المجتمعات الأقل مساواة فيها ضغوط اجتماعية على الاستهلاك؛ مما يعنى وجود احتمال أكبر فى أن يحول الناس إنفاقهم عن تلبية الشروط المادية المسبقة للصحة. فإذا كان هناك شعور بالحاجة إلى سيارة أجمل وملابس أغلى ثمناً فقد تتحول المصروفات من الطعام وغيره من الضروريات. ولكن فى حين أنه لا بد من وجود تأثيرات من هذا النوع؛ سيكون من الصعب جعل مدخل مثل هذا يفسر السبب فى أن درجة ميل الصحة تصعد السلم الاجتماعى إلى قمته. وأدلة قوة التأثير الذى يمكن أن تمارسه العوامل النفسية على الصحة تزيل الكثير من مبررات تفضيل سبل مادية حصراً، وهى تزيلها إلى درجة أنها تجعل التمسك بتفسيرات مادية محضة يبدو أنه نفى تقريباً لأهمية التفسيرات الاجتماعية.

وفى أى تقدير للأهمية النسبية للعوامل المختلفة المؤثرة فى صحة السكان، ما يهم ليس ببساطة حجم الخطر الصحى الإضافى على الأشخاص المعرضين له، بل وأيضاً نسبة السكان المعرضين للخطر. وقد يكون الاعتبار الذى يفوق كل الاعتبارات الأخرى فى جعل العوامل النفسية – الاجتماعية تبرز على أنها على الأرجح أهم محددات صحة السكان فى الدول المتقدمة هو ببساطة النسبة العالية من السكان المعرضة لأشكال متنوعة من الضغط النفسى.

الفصل العاشر

القردة الكلبية وموظفو الخدمة المدنية وطول الأطفال

تأتى بعض البحوث أكثر إثارة للاهتمام فى مجال السبل الفيزيولوجية التى من خلالها يؤثر التنظيم الاجتماعى على الصحة من دراسات لحيوانات رئيسة أخرى، وهو شىء قد لا يكون متوقعاً. ويبين هذا البحث كيف أن مركز الفرد فى التسلسل الهرمى الاجتماعى يؤثر فى مستويات الضغط النفسى، وكيف أن الضغط المزمن يؤثر عندئذ فى المعالم المركزية لعملية التقدم فى السن.

منذ سنوات كثيرة يدرس روبرت سابولسكى Robert Sapolsky القردة الكلبية البرية فى سِرِنْجِتى Serengeti [فى تنزانيا] وقد بين بعض التأثيرات الفيزيولوجية للهيمنة الاجتماعية بينهم. وهو لا يدرس سوى الذكور البالغين؛ لأن (٨٠) بالمائة من الإناث حاملات أو مرضعات ويمكن للسهام المخدرة التى يستخدمها أن تعرض الحمل للخطر أو أن تحدث اضطراباً فى رعاية الصغار. وهو يصف القردة الكلبية أنها لا تمضى أكثر من أربع ساعات يومياً فى البحث عن الطعام، مما يترك (١٢) ساعة يومياً للسلوك الاجتماعى. وللقردة علاقات اجتماعية معقدة فيها أنماط من الهيمنة والخضوع، ومن التحالفات والصداقات، وتولد روح التنافس بينها بنية هرمية اجتماعية محددة بوضوح. وقد أوضح سابولسكى أن لدى الذكور ذوى المراتب المنخفضة مستوياتٍ من الهرمونات القشرانية السكرية أعلى بكثير من ذوى المراتب العالية، وبيّن أن هذا رد فعل على المستويات الأعلى من الضغط النفسى التى تتعرض لها الحيوانات التابعة فى مواجهتها المستمرة مع الحيوانات الأكثر هيمنة (سابولسكى ١٩٩٣). والقشرانيات السكرية هى هرمونات ستيرويدية تطلق أثناء الضغط النفسى كجزء من آلية "القتال أو الهروب." وبصفتها هذه تعتبر أحد المكونات الرئيسية للجهاز الذى بواسطته تحول موارد الجسم من المهام غير المستعجلة، مثل النمو وترميم الأنسجة والجهاز المناعى، إلى تهيئة الجسم للعمل الفورى، وتعبئة ما يلزم من

موارد الطاقة للعضلات. وليست المسألة مسألة نوبات قصيرة من الضغط النفسى ينتجها إنذار مؤقت بالخطر، بل الضغط النفسى المتواصل أو المزمن الذى تتعرض له الحيوانات ذات المكانة الدنيا؛ مما يعنى سحب الموارد من وظيفة الحفاظ على الصحة لفترات طويلة.

ومن أهم التأثيرات الضارة للضغط النفسى المزمن أن آليات التغذية المرتدة التى تضبط الهرمونات القشرانية السكرية تتبلد بفعل التعرض الطويل الأمد للمستويات العالية أثناء الضغط النفسى. وفى الواقع يؤدى الارتفاع المتواصل لمستويات الهرمونات القشرانية السكرية إلى موت مستقبلات العصبونات فى الحصين التى هى أساس جهاز التحكم فى التغذية المرتدة (سابولاسكى ١٩٩٢؛ مينى وآخرون Meaney *et al.* ١٩٨٨). وقد تبين عند فحص قردة أسيرة من نوع الفرفت متدنية المرتبة بعد موتها أنها ليست مصابة بقرحات معدية وتحمل آثار عضات فحسب، بل لديها أيضاً تنكس حصينى شديد يعكس التنكس العصبونى الذى يسببه الضغط الاجتماعى المستمر وارتفاع الهرمونات القشرانية السكرية (يونو وآخرون Uno *et al.* ١٩٨٩). ومع مرور الزمن يسبب تثميل آلية التغذية المرتدة صعوداً مستمراً فى المستويات الأساسية للهرمونات القشرانية السكرية. وبين القردة الكلبية التابعة لا يصل الأمر بمستويات الهرمونات القشرانية السكرية للانخفاض بشكل أبطأ بكثير بعد الأحداث المسببة للضغط النفسى مما يحدث لدى القردة المهيمنة فحسب، بل إنها تخفق فى النزول إلى المستوى المنخفض نفسه. (وقد كانت أجزاء أخرى من عمليات الضغط المزمن نفسها هى المسئولة عن تغير حجم الغدتين الكظرية والصعترية (التوتة) الملاحظ فى أجسام الفقراء المستخدمة فى دروس التشريح الأولى والذى ورد ذكره فى الفصل السابق.) والجهاز بأكمله يُرفَع تدريجياً مع استمرار الضرر الذى يصيب آلية التغذية الراجعة بفعل المستويات الأعلى من الهرمونات. والنتيجة هى أن المستويات الأساسية لهرمونات الضغط النفسى تتجه إلى الارتفاع مع تقدمنا فى السن وتعرض الحصين للضرر المستمر. ولكن الحصين بالإضافة إلى تنظيمه للهرمونات القشرانية السكرية له أهمية خاصة فى التعلم والذاكرة. ومن هنا فمن المرجح أن يرتبط عدد من معالم التقدم فى السن، بما فيها فقدان الذاكرة، مع التعرض المتراكم للضغط النفسى طوال الحياة.

ولكن توجد أدلة أيضاً على أن الاستجابات للضغط طوال الحياة بعد البلوغ تتأثر بما يحدث فى مطلع الحياة. فقد تبين أن الجرذان التى تُلمس أو تُمسَك يومياً فى الفترة بين الولادة والفطام لديها مستويات أدنى من الضغط ومستويات أساسية أدنى من الهرمونات القشرانية السكرية، ويستمر ذلك معها طيلة الحياة. ويبدو أن اللمس والمسك يجعلانها أكثر استرخاء، مما يبطئ الحلقة المفرغة التى تحدث فيها المستويات العالية من الهرمونات القشرانية السكرية الضرر بالآلية المنظِّمة؛ مما يسبب مزيداً من ارتفاع تلك المستويات. ويزداد الفارق بين الجرذان التى تتعرض للمسك أو اللمس فى أوائل حياتها والتى لا تتعرض له مع تقدمها فى السن. ويمكن رؤية تأثيرات الضرر الذى يلحق بالحصين على عمل الدماغ فيما تبديه الجرذان التى تعرضت للمسك واللمس من أداء أفضل بصورة ملحوظة فى تعلم الركض فى المتاهات فى وقت لاحق من حياتها (مينى وآخرون ١٩٨٨).

وقد تم إيضاح عدة سبل يرجح أن يؤثر الضغط الاجتماعى المتواصل من خلالها على الصحة لدى القردة الكلبية ذات المراتب الدنيا. فقد تبين أن مستويات الكورتيزول الأساسية المرتفعة لدى الحيوانات المتدنية المكانة ترتبط بتعدادات أدنى للخلايا اللمفاوية مما يعكس التأثيرات الكابتة للمناعة التى تحدثها الهرمونات القشرانية السكرية. وقد أوضح عدد من الدراسات (ذكرت فى الفصل السابق) أن هناك احتمالاً أكبر أيضاً فى أن تعانى الكائنات البشرية الأمراض السارية حين تتعرض لضغط نفسى. وقد بينت دراسة ورد ذكرها فى الفصل السابق أن نسبة الأشخاص الذين أصيبوا بالزكام حين إعطائهم قطرة أنفية تحتوى على حمات الزكام تتعلق بمستويات الضغط النفسى (كوهين وآخرون Cohen *et al.* ١٩٩١). ووجدت دراسة أخرى أن ماسحات الحلق المأخوذة من طلاب يؤدون الامتحان أظهرت مستويات أدنى من العمل المناعى (س. كنيدى وآخرون Kennedy, S. *et al.* ١٩٩١).

كما بينت دراسة القردة الكلبية أيضاً أن بعض عوامل الخطر بالنسبة للمرض القلبى الوعائى تتأثر أيضاً بالمكانة الاجتماعية (سابولسكى ١٩٩٣). ومثلما هى الحال بالنسبة للهرمونات القشرانية السكرية يبقى ضغط الدم مرتفعاً لفترة أطول بين الحيوانات ذات

المكانة المتدنية بعد مواجهة مسببة للضغط النفسى مما يبقى لدى الحيوانات المرتفعة المكانة. وحين يهبط فى نهاية المطاف لا يهبط إلى مستويات فى درجة الانخفاض نفسها، مثلما ينخفض فى الحيوانات ذات المكانة العالية، ويزيد هذا من خطر مرض القلب والسكتة بين الأشخاص الأدنى منزلة فى البناء الهرمى الاجتماعى. وإضافة إلى ذلك، رُبِط الارتفاع الأساسى لتركيز الكورتيزول لدى القردة الكلبية ذات المكانة المتدنية بالتدنى فى نسبة البروتينات الشحمية العالية الكثافة إلى المنخفضة التركيز. ويؤدى هذا إلى تراكم أسرع لرواسب الكولسترول فى الأوعية الدموية، وذكر الباحثون تضيقاً للشريان الإكليلى وللأبهر لدى الحيوانات ذات المكانة المتدنية. وهذه التغييرات هى عوامل خطر هامة بالنسبة لمرض القلب عند الإنسان.

وقد لفت بَنَر Bunner الانتباه إلى عدد من أوجه الشبه الأخرى بين الطريقة التى تتأثر فيها عوامل خطر مرض القلب الإكليلى بالمكانة الاجتماعية بين أفراد البشر والقردة الكلبية (بنر ١٩٩٦). وهو يستخدم بيانات من دراستين تناولتا (١٧٠٠٠) و (١٠٠٠٠) موظف حكومى يعملون فى لندن. وكانت دراسة وايتهول الأولى Whitehall I هى التى وجدت أن معدلات الوفيات من مرض القلب المعدلة حسب العمر بلغت بين أدنى درجات موظفى المكاتب أربعة أضعاف ما هى عليه بين الموظفين من أعلى الدرجات (انظر الفصل الرابع). وكان الهدف من الدراسة الثانية أخذ قياسات فيزيولوجية ونفسية – اجتماعية أكثر تفصيلاً فى جهد لتحديد مصدر الفرق فى الصحة. ويذكر برنر أنه بين موظفى الخدمة المدنية، كما هو الحال تماماً بين القردة الكلبية، كانت هناك درجات ميل اجتماعية فى مستويات البروتينات الشحمية القليلة الكثافة (التى تزيد من احتمال تجلط الأوعية الدموية ومرض القلب) وفى البروتينات الشحمية الشديدة الكثافة (التى تساعد فى إزالة الكولسترول) – وفى كلتا الحالتين كانت درجات الميل فى غير صالح الموظفين والقردة من المراتب المتدنية. وهذه الفوارق مع الفوارق فى الفيبرينوجين (الذى يزيد من التجلط) تفسر نحو ثلث الازدياد فى مرض القلب بين الموظفين ذوى المراتب المتدنية. ويوحى برنر، مثلما يوحى سابولسكى، بدور مركزى يلعبه الضغط النفسى المزمن. فهو يقول إن أكثر السبل ترجيحاً "تربط الاستجابة للضغط المزمن

الصادر عن الجهاز الكظرى النخامى الوطائي، وما ينتج عنه من مستويات مرتفعة من الستيرويد القشرى، بالبدانة فى الوسط ومقاومة الإنسولين والصيغة الضعيفة للشحميات وازدياد نزعة تجلط الدم" (برنر ١٩٩٦؛ ص ٢٩). وعلى الرغم من أن اهتمام برنر الرئيسى هو مرض القلب الإكليلى فهو يشير أيضاً إلى احتمال أن تؤثر سبل أخرى فى الجهاز المناعى.

وعند البحث فى متلازمات المركز الاجتماعى الفيزيولوجية المتشابهة لدى الإنسان وبعض الحيوانات الرئيسة الأخرى، فمن الهام التأكيد على أن العلاقة ليست تعبيراً عن فرز للمجموعة السكانية وفق صفاتها الوراثية. وقد أثبت سابولسكى أن ارتفاع الهرمونات القشرانية السكرية هو استجابة مباشرة على الضغط الاجتماعى. وتمكن من ملاحظة تأثيرات الحيوانات البرية التى تنتقل إلى مجموعة جديدة يتغير فيها مركزها الاجتماعى، والحيوانات الأسيرة التى توضع فى جماعة مختلفة. كما تحدث عن مستويات الضغط النفسى المرتفعة فى الأوقات التى لا تكون البنية الهرمية الاجتماعية مستقرة فيها وحين تتعرض المجموعة بأكملها لتحديات بيئية. فبين القردة الكلبية يبدو ازدياد الضغط متعلقاً بوضوح بتواتر التحدى والتهديدات من الحيوانات الأكثر هيمنة.

وكون التوصل إلى البنية الهرمية الاجتماعية يتم بين البشر بطرق مختلفة بالمقارنة مع الحيوانات الرئيسة الأخرى قد يعنى أننا يجب أن نحذر من افتراض أننا نرى العمليات الأساسية نفسها فى أنواع species مختلفة. وبالرغم من أن الناس يتجاسرون فى مواجهة بعضهم بعضاً ويمتثلون لذوى المكانة الأعلى - بل إن هناك تقارير عن بعض كبار موظفى الخدمة المدنية الذين أصيبوا بمرض جسمى بعد تأنيب لفظى تلقوه من وزراء سيئى الأمزجة - فالتهديد الكامن عند الإنسان ليس فى أن يتعرض للعض بقدر ما هو تهديد بالعقوبات الاقتصادية مثل فقدان الوظيفة أو ضياع فرصة للترقية. وقد ذكر برنر أن تدهور نسبة البروتينات الشحمية العالية الكثافة إلى القليلة الكثافة بين موظفى الخدمة المدنية من المراتب الدنيا يتعلق إلى حد كبير بالتواتر الأكبر للمشكلات المالية بينهم، بالإضافة إلى تعلقه بأمور أخرى. ولكن ليس من المرجح فقط أن المركز الاجتماعى المتدنى يولد ازدياداً فى الضغط النفسى

لأسباب مختلفة تماماً بين المجتمعات البشرية ومجتمعات الحيوانات الرئيسة الأخرى، بل إن كثيراً من أسباب الوفاة المتعلقة بالمكانة الاجتماعية المتدنية بين البشر ليست موجودة بين الحيوانات. وعلى سبيل المثال، أسباب الفوارق الطبقية الاجتماعية الكبيرة فى حوادث الطفولة تتعلق جزئياً بعدم توافر مكان للعب معزول عن المرور وبمصادر الخطر الأكثر تواتراً فى البيوت الفقيرة. كما أن القردة الكلبية التى تعانى الضغط النفسى لا تعتاد على شرب المسكرات أو التدخين أو تناول المخدرات. ولكن مع تذكر الفوارق الهامة الواضحة، من المفيد تذكر الارتباط المشترك بين الضغط والمركز الاجتماعى المتدنى.

محور الطول:

إن جزءاً مهمًا من الطريقة التى يترجم الضغط النفسى المزمن فيها عدم المساواة الاجتماعية – الاقتصادية إلى صور من عدم المساواة فى الصحة ينطوى على قصة تثير الفضول حول الطريقة التى يتعلق بها الضغط العاطفى أثناء الطفولة وطول القامة والقدرة على التحرك الاجتماعى جميعاً بعضها ببعض. فقد اكتملت مؤخراً عدة أبحاث مهمة تلقى ضوءاً جديداً على فهمنا للدور الذى يلعبه الطول فى صور عدم المساواة الصحية. وهى توفر مثالاً مثيراً للاهتمام عن التفاعلات بين العوامل الاجتماعية – الاقتصادية والعمليات النفسية – الاجتماعية والنتائج الفيزيولوجية والاجتماعية.

من المعروف منذ زمن طويل أن الطول له علاقة بالقدرة على التحرك الاجتماعى؛ فطوال القامة يرتقون السلم الاجتماعى ولديهم احتمال فى الحصول على الترقيات أكثر من القصار (نيستروم بِك Nystrom Peck ١٩٩٢). وقد أثبت منذ فترة تعود حتى عام ١٩٥٥م أن لدى طويلات القامة فرصة أكبر من القصيرات فى الزواج من رجال من طبقة اجتماعية أعلى (إسلى Illsley ١٩٩٥). وفى دراسة وايتهول تبين أن طول موظفى الخدمة المدنية أوثق ارتباطاً بمركزهم فى الهرم الوظيفى وهم كبار من ارتباطه بالطبقة الاجتماعية لعائلاتهم أثناء طفولتهم (مارموت Marmot ١٩٨٦). ويوحى هذا أن الفرز الاجتماعى، أو الانتقاء حسب الطول، أكثر قوة من تأثير الطبقة الاجتماعية على النمو أثناء الطفولة.

وقد افترض منذ زمن طويل أن تفسير أن لدى الطوال احتمالاً أكبر فى ارتقاء السلم الاجتماعى هو أن جميع الآخرين ينظرون على نحو ما إلى طوال القامة بإعجاب ويحترمونهم، كما لو كان لديهم تفوق طبيعى. ولكن كشفاً مهمًا تحقق فى بحث قدمه مونتجمرى Montgomrey وبارتلى Bartley وآخرون (١٩٩٦). وقد استخدموا بيانات من دراسة واسعة تتبعت مجمعة من (١٧٠٠٠) شخص منذ ولادتهم عام ١٩٥٨م . واستخدمت المعلومات حول ما إذا كانوا عاطلين عن العمل أم لا فى بداية شبابهم مؤشراً على احتمال قدرتهم على التحرك المهنى. وقد وجد الباحثون أنه على الرغم من أن فرص البطالة كانت، كما هو متوقع، أعلى لدى قصار القامة، فإن البطالة كانت أكثر احتمالاً بكثير بين الأشخاص الذين كانوا قصاراً وهم أطفال مما كانت بين القصار من البالغين. وأظهرت الدراسة بشكل شديد الوضوح أن البطالة فى الكبار ترتبط بعلاقة أوثق جداً مع الطول فى سن السابعة من علاقتها مع الطول فى الكبر (رغم أن أطوال القامة فى كل سن متعلقة بشكل وثيق بعضها ببعض، فإن الناس ينمون بسرعات مختلفة مما يعنى أن القصار فى سن السابعة لا يصبحون جميعاً أشخاصاً بالغين قصيرى القامة، كما لا يكون جميع الطوال فى سن السابعة طوالاً فى الكبر.)

هذه النتيجة المهمة تجبرنا على القيام بإعادة تقويم جوهرية لما يجرى، ومما يزيد من أهمية ذلك إلى حد كبير أن العلاقة الوثيقة جداً بين الطول والصحة كانت دائماً واضحة. وهنا يبدو أن التفسير المفترض هو أن طوال القامة هم ببساطة نماذج متفوقة بدنياً من جميع النواحى. ولكن لو كانت قدرة الطوال على التحرك إلى الأعلى؛ لأن وجودهم الجسمى يترك انطباعاً حسناً لدى الجميع – لارتبطت قدرتهم على التحرك الاجتماعى بعلاقة مع طولهم فى الكبر أوثق من أية علاقة أخرى. وظهور أنها أوثق علاقة بطولهم فى الطفولة يعنى أن طول القامة فى الكبر هو مجرد انعكاس بعيد لشىء فى الطفولة يؤثر فى كل من الطول فى الطفولة والقدرة على التحرك الاجتماعى فى المستقبل. والسؤالان اللذان يطرحان هنا هما ما هى محددات طول قامة الأطفال؟ وهل يشكل أى من تلك المحددات تأثيراً معقولاً على القدرة على التحرك الاجتماعى فى مستقبل الحياة؟

لا شك أن التغذية هى فى المجتمعات الفقيرة أحد أهم العوامل. ولكن مع تحسن مستويات التغذية أثناء مسيرة التطور الاقتصادى، من المرجح أن تقل أهميتها كتفسير للفوارق الباقية فى الطول فى الدول الأكثر ثراء. كما أن علينا أن نتذكر أنه بالإضافة إلى التأثيرات البيئية يوجد مكون وراثى كبير ينزع إلى أن يكون طول الأطفال أقرب إلى طول آبائهم وأمهاتهم. وما يثير الاهتمام أن عدة أعمال بحثية تمت مؤخراً فى دول متقدمة أظهرت أن العوامل النفسية - الاجتماعية والعاطفية لها أيضاً تأثير مهم على طول القامة. فقد وجدت دراسة سويدية سألت أشخاصاً بالغين عن ظروف طفولتهم أنه بالإضافة إلى كون قصار القامة ينمون فى ظل ضائقة اقتصادية وفى عائلات عدد أفرادها أكبر، فمن المرجح أيضاً أنهم كانوا فى طفولتهم يعانون صراعًا فى المنزل (نيستروم بك ولندبرج Lundberg ١٩٩٥).

وباستخدام بيانات من دراسة عام ١٩٥٨م لجماعة من الناس، التى لم تعتمد مثل الدراسة السويدية على التذكر الاسترجاعى، وجد باور Power أن قصر القامة فى الكبر يرتبط بتقارير عن مشكلات نفسية - اجتماعية فى الطفولة، وخاصة التبول فى الفراش (باور ومانور Manor ١٩٩٥). والتبول فى الفراش ينظر له دائماً على أنه مؤشر على اضطراب عاطفى. وفى تاريخ قريب العهد جداً، استخدم مونتجمرى وبارتلى أيضاً بيانات من دراسة مجموعة الأشخاص من مواليد عام ١٩٥٨ ليثبتا بشكل قاطع أن بطء النمو فى الطفولة يرتبط بالنزاعات العائلية (مونتجمرى وبارتلى، قيد النشر، ١٩٩٦). واستخدم طول الأبوين لضبط المؤثرات الوراثية الهامة على طول القامة.

والجديد هو الأدلة على أن العوامل النفسية تسهم حتى فى اختلافات الطول القريبة من المستوى الطبيعى. ومنذ زمن طويل هناك إدراك بأن الحالة التى تدعى "القِزامة النفسية الجينية" التى يتوقف الأطفال فيها عن النمو تنتج عن صدمة عاطفية فى الطفولة. لكن هذا كان يعتبر تأثيراً متطرفاً. كما لوحظ مراراً أن الأطفال القصار القامة كثيراً ما يعانون مصاعب عاطفية، لكن كان الافتراض دائماً هو أن هذه الصعوبات هى نتيجة قصر القامة وليست سببه (ستيبلر Stabler وأندروود Underwoo ١٩٨٦).

ويطرح تقرير منفرد بعد الحرب العالمية الثانية بفترة قصيرة فكرة أن العوامل النفسية – الاجتماعية لها تأثير هام على معدلات النمو الطبيعية (ويدوسون Widdowson ١٩٥١). وقد صممت الدراسة لتقويم تأثير التغذية على النمو. فقد تقرر دعم المخصصات الغذائية الهزيلة نسبياً التى تقدم فى دور الأيتام الألمانية بعد الحرب بوقت قصير. وجرت مقارنة نمو الأطفال فى ميتم أعطى الأطفال فيه طعاماً إضافياً مع نمو أطفال ميتم آخر لم يحصلوا إلا على المخصصات الأساسية. ولكن تغييراً للقيّمتين اللتين تقومان بإدارة الدارين فى منتصف فترة الدراسة كان له حسبما بدا تأثير أكبر على النمو مما كان للإضافات الغذائية. فقد كان النمو فى أسرع حالاته حيثما تكون القيّمة العطوفة الحنون، وكان أبطأ فى وجود القيَمة الأكثر تحكماً وبرودة والأقل إبداء للعواطف. وفى هذا السياق فإن الاتجاه الذى كان ثابتاً لفترة طويلة إلى اعتبار جميع الارتباطات بين قصر القامة والصعوبات العاطفية فى الطفولة على أنها النتائج العاطفية لكون الطفل قصير القامة يثير الاهتمام بصورة خاصة. وقد وصف مونتجمرى الخطوط العريضة لسبيل فيزيولوجى محتمل يمكن أن يفسر كيف تؤثر العوامل النفسية – الاجتماعية على طول القامة (مونتجمرى وبارتلى، قيد النشر، ١٩٩٦). فهو يشير إلى أن الاضطراب المتكرر فى النوم يقلل إفراز هرمون النمو، ويطرح أيضاً فكرة أن الضغط قد يؤدى إلى مستويات مرتفعة من البيتا إندورفين الذى يثبط إطلاق هرمون النمو لدى الأطفال قبل سن البلوغ. وقد بينت دراسات أجريت على قردة الريّص rhesus monkeys أيضاً أن إطلاق هرمون النمو يتأثر بنوعية الارتباط بين الأم والطفل (شامبو وآخرون *Champoux et al.* ١٩٨٩).

ولا يمكننا الآن ألا نرى فقط أن طول القامة يتأثر بالعوامل النفسية – الاجتماعية أثناء الطفولة، ولكن أيضاً أن من المرجح أن تلك العوامل النفسية – الاجتماعية ذاتها يمكن أن تفسر النجاح المهنى الأكبر وازدياد إمكانية التحرك الاجتماعى نحو الأعلى بين طوال القامة. فبصورة أساسية يعود كونهم أطول إلى أنهم نجوا من بعض الصدمات العاطفية والضغط النفسى (الناتجين فى كثير من الحالات عن النزاع العائلى) اللذين عانى الأطفال الآخرون

منهما، والاحتمال أكبر بالنسبة لهم فى التحرك نحو الأعلى خلال حياتهم الوظيفية؛ لأنهم فى وضع نفسى وعاطفى أفضل من الأشخاص الأقصر قامة. ومن المحتمل أن القدر الأكبر من الطمأنينة العاطفية الذى يتمتعون به يعنى أنهم أكثر تلاؤماً وأفضل أداءً.

واستخدام طول الأبوين لضبط التأثيرات الوراثية على طول القامة أمر هام؛ فدراسات التوائم توحى أن الجينات فى المجتمعات المتقدمة تفسر نسبة من الفوارق فى الطول أعلى من نسبة أى من المتغيرات التنموية والصحية الهامة لأخرى. فقد يصل مقدار التنوعات فى الطول العائدة إلى الوراثة الجينية إلى (٨٠) بالمائة. ولو كان هذا كل ما نعرفه لبدا من الأرجح أن جزءاً من إمكانية التحرك الاجتماعى، والتى هى انتقائية بالنسبة للطول - سيكون شكلاً من أشكال الانتقاء الوراثى. ولكن باعتبار أن هذه الأبحاث تقوم بضبط المكون الوراثى، وقد عينت محددة بيئية لطول القامة فيما يتعلق بإمكانية التحرك الاجتماعى، يمكننا القول بشىء من الثقة أن هذا ليس دليلاً يوحى بأن هذه آلية لانتقاء الأشخاص الأطول قامة المتفوقين وراثياً. ومما يثير الاهتمام فى هذا السياق ملاحظة أن المكون البيئى للاختلاف فى الطول هو كالصحة متعلق بتوزع الدخل. وكما لاحظنا فى الفصل الخامس، وجد ستيكل Steckel أن الفوارق فى متوسط الطول فى المجموعات السكانية تتعلق بتوزع الدخل (ستيكل ١٩٨٣، ١٩٩٤).

وهنا يطرأ السؤال عن السبب فى أن طول القامة ممثل جيد للصحة فى سن لاحق. ما الذى يجعل الأشخاص الأطول أكثر صحة؟ لا شك أن جزءاً من الجواب هو أنهم بسبب تميزهم من حيث القدرة على التحرك الاجتماعى يعيشون فى ظروف أفضل وضغط أقل، ومع ذلك تبقى صحتهم أفضل حتى بعد الضبط من حيث الطبقة الاجتماعية والمكانة المهنية (مارموت وآخرون .Marmot *et al* ١٩٨٤؛ مارموت ١٩٨٦؛ نيستروم بك Nystrom Peck ١٩٩٢). ولكن بالإضافة إلى التأثير الهام لظروفهم الحالية، هناك أسباب للاعتقاد بأن العمليات النفسية - الاجتماعية التى تربط طول القامة فى الطفولة بقدرة البالغين على التحرك الاجتماعى تسهم أيضاً إسهاماً مباشراً فى تمتع الطوال من الناس بقدر أكبر من الصحة.

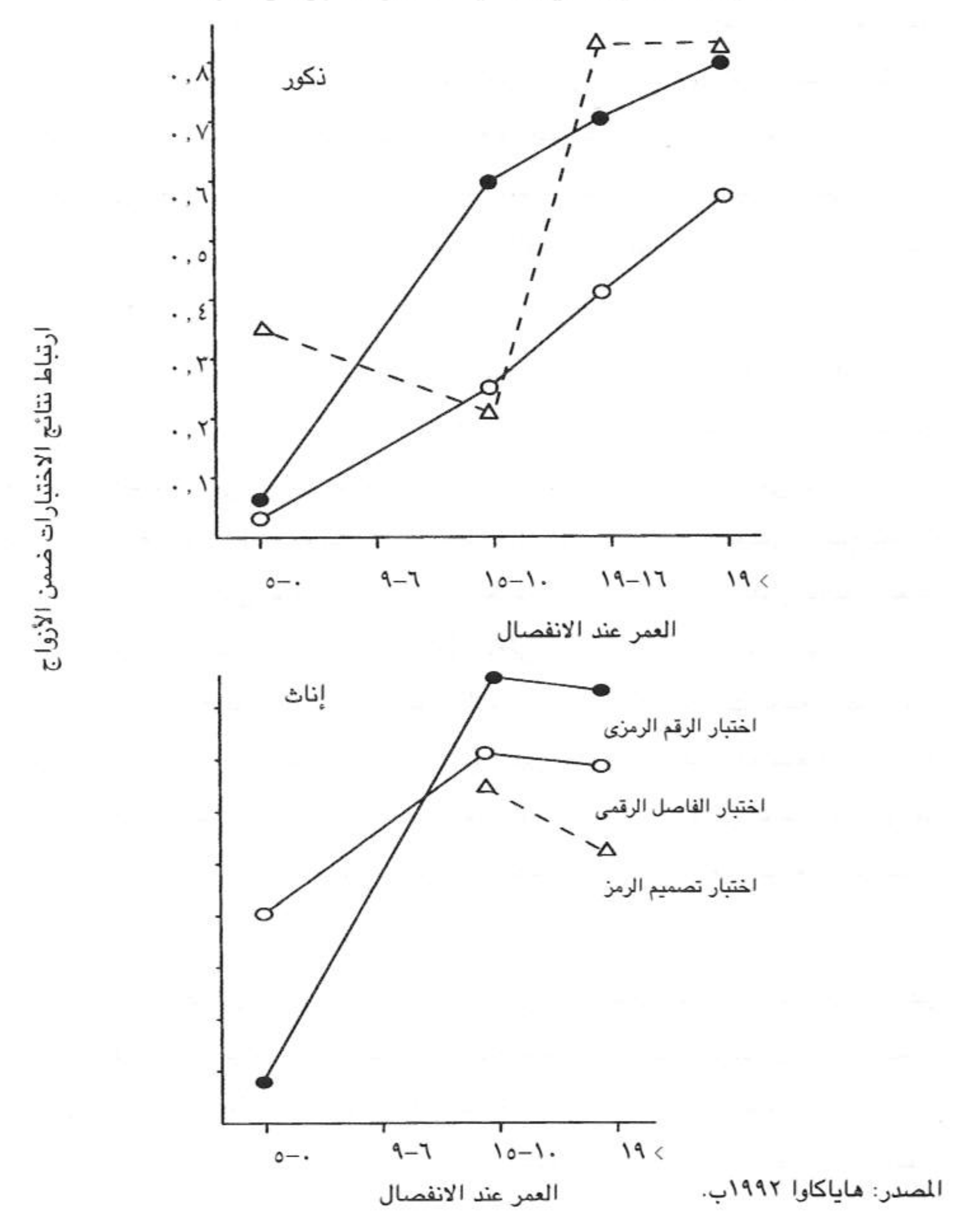
وقد قارنت دراسة يابانية مستويات أداء الوظائف الإدراكية بين التوائم فى سن متقدمة، حين تتراوح أعمارهم بين (٥٠) و (٧٨) عاماً (هاياكاوا وآخرون Hayakawa *et al.* ١٩٩٢ب). واستخدم الباحثون اختبارات لأداء الوظائف الإدراكية تتصف بحساسية خاصة للتدهور التدريجى فى المقدرة الذهنية الذى يرافق التقدم فى السن؛ ولذلك فإن متوسط درجات الاختبار فى هذه الدراسة تدهور مع ازدياد السن، أى أن الدرجات كانت أدنى بين التوائم فى الستينيات من العمر منها بين التوائم فى الخمسينيات من العمر، وزاد انخفاضها بين التوائم فى السبعينيات. وفى الواقع كان معظم التوائم فى الخمسينيات والستينيات من العمر وتعرضت طفولة الكثيرين منهم للاضطراب بسبب الحرب العالمية الثانية. فبعضهم فقد أحد أبويه أو كليهما أو كانوا أطفالاً متبنين، وكانت هذه المصيبة هى التى أعطت فرصة خاصة للبحث. وكان هدف الدراسة اكتشاف كيفية اختلاف أداء الوظائف الإدراكية لكل توأم عن شقيقه أو شقيقتها (فالدراسة اقتصرت على التوائم من الجنس نفسه). وبعد ذلك يمكن تحليل مدى تشابه التوأمين أحدهما مع الآخر أو اختلافهما، ليس فقط وفق ما إذا كانا متماثلين وراثياً أم لا، ولكن وفق الفترة الزمنية التى أمضياها معاً فى طفولتهما. وقد أظهرت النتائج شيئين مهمين. فأولاً تشابه أداء الوظائف الإدراكية لدى التوائم غير المتماثلة والتوائم المتماثلة فى اختبارين من الاختبارات الثلاثة أوضح أن ما يحدد أداء الوظائف الإدراكية فى السن المتقدمة هو إلى حد كبير العوامل البيئية لا الوراثية. (فأى مكون وراثى فى التشابه كان يجب أن يزيد الشبه بين التوائم المتماثلة.) وثانياً، أظهرت الدراسة أن درجة كل من التوأمين كانت إلى حد كبير مشابهة لشقيقه أو شقيقتها إذا كانا قد أمضيا طفولتهما معاً (بغض النظر عما إذا كانا متماثلين أم لا). وكلما كان التفريق بينهما فى فترة أبكر؛ يقل تشابههما فى أداء الوظائف الإدراكية فى مستقبل حياتهما. وقد ارتفعت الارتباطات من نحو (٠,١) بين التوائم الذين افترقوا بين الولادة وسن الخامسة إلى نحو (٠,٧) بين الذين بقوا معاً خلال طفولتهم بأكملها (انظر الشكل ١٠ – ١). ويعطى هذا دليلاً قوياً على أن التدهور فى أداء الوظائف الإدراكية فى مستقبل العمر يتأثر بقوة بما حدث فى المرحلة المبكرة من الحياة. (وهذا أيضاً اعتراض مهم على عمل بلومين Plomin الذى يقلل من أهمية البيئة

المشتركة فى الطفولة فى التأثير على كثير من قياسات النمو.) (بلومين ودانيلز Daniels ١٩٨٧؛ دَن Dunn وبلومين ١٩٩١).

وهذا النمط يعيد إلى الأذهان بصورة واضحة البحث الذى ورد تلخيص له فى مكان سابق من هذا الفصل حول الأثر الإيجابى للتربيت على الحيوانات الصغيرة فى بداية حياتها (سابولسكى ١٩٩٢). فالتجارب أظهرت أن لدى الحيوانات التى تتعرض للمس والمسك مستويات أدنى من الضغط المزمن، وبالتالى يكون سيرها أبطأ فى الدوامة المفرغة التى بفعلها توقع مستويات الكورتيزول المرتفعة الضرر بالحصين، وتسرّع تدهور أداء الوظائف الإدراكية الذى يرافق الكبر فى السن.

وما ينطوى هذا عليه هو أن أداء الوظائف الإدراكية لدى التوائم اليابانيين المتقدمين فى السن يكون أكثر تشابهاً إذا كان التوأمان قد أمضيا طفولتهما معاً؛ لأنهما فى تلك الحالة يكونان قد اشتركا فى مقدار كبير من البيئة العاطفية نفسها. وكما هى الحال بالنسبة للجرذان التى تتعرض للمس والمسك والتى حققت نتائج أفضل فى تعلم المتاهات وهى كبيرة فى السن، فإن التوأمين فى بعض الحالات اشتركا فى تجربة من الدفء العاطفى والمحبة الجسدية والاطمئنان؛ لذلك كان تدهور أداء الوظائف الإدراكية لديهم فيما بعد أبطأ.

الشكل (١٠ - ١): يتأثر تدهور القدرة الذهنية فى مستقبل الحياة تأثراً قوياً ببيئة الطفولة. وفى اختبارات أداء الوظائف الإدراكية هذه كان الشبه أكبر فى حالة التوأمين المتماثلين الذين أمضيا معاً فترة أطول فى طفولتهما.



المصدر: هاياكاوا ١٩٩٢ب.

ولكن التدهور فى أداء الوظائف الإدراكية مع التقدم فى السن ليس وحده الذى ارتبط بهذه العملية. فمن المفترض أن طوال القامة المطمئنين عاطفياً والمتحركين اجتماعياً نحو الأعلى سيكونون قد تعرضوا لمستويات أدنى من الضغط طيلة حياتهم. ورغم أنهم ليسوا بمعزل عن التأثر بالظروف المسببة للضغط النفسى من المرجح أنهم أقل عرضة للتأثر من الآخرين. وتدنى مستوى الاستجابة للضغط يعنى بدوره انخفاضاً فى آثاره المدمرة للصحة التى تنقل إما عبر الأجهزة المناعية أو أجهزة الغدد الصماء (سابولاسكى ١٩٩٤). فحين تقل مرات إعداد الجسم لحالة "القتال أو الهرب" سيكرَّس وقتٌ أطول وموارد أكبر لمطالب الجهاز المناعى والنمو وترميم الأنسجة.

وبربط عمل بارتلى ومونتجمرى وباور الذى تناول مجموعة مواليد عام ١٩٥٨م البريطانيين مع عمل سابولاسكى وزملائه الذى تعرف على بعض أهم سبل الغدد الصماء والسبل العصبية التى من خلالها تؤثر المؤثرات النفسية - الاجتماعية فى الصحة، وربط ذلك بدراسة هاياكاوا للشيخوخة الإدراكية لدى التوائم - نصل إلى مؤشر واضح بصورة معقولة عن السبب الذى يجعل طوال القامة يتحركون نحو الأعلى ويتمتعون بصحة أفضل وحياة أطول؛ فمستويات الضغط فى المراحل الأولى من الحياة (كما تشير إليها أشياء مثل النزاعات العائلية والتبول فى الفراش) تقلل النمو وتؤثر فى الاستجابات للضغط خلال جزء كبير من العمر. ومن المرجح أن يعانى الأشخاص الذين تربوا فى طفولتهم فى بيئة أقل طمأنينة عاطفية مستويات أعلى من الضغط النفسى وهم بالغون. وسيلحق الضرر بفرصهم فى ارتقاء الهرم المهنى وبأداء وظائفهم الاجتماعية وبصحتهم؛ بسبب شعورهم بعدم الاطمئنان وعواقبه العاطفية.

ويبدو هذا وكأنه شىء كثير إلى حد ما نعلقه على أدلة قليلة نسبياً. لكن نوعية الأدلة على أن طول القامة المبكر يتأثر بالبيئة النفسية - الاجتماعية دليل جيد، وتؤكد دراسة مونتجمرى وبارتلى (قيد النشر، ١٩٩٦) للأطفال البريطانيين نتائج نيستروم بِك ولندبرج (١٩٩٥) فى السويد ونتائج عمل ويدوسون (١٩٥١) فى دور الأيتام الألمانية. كما لا يوجد شك كبير،

على الأقل بالنسبة للحيوانات، حول فوائد ازدياد التلامس الجسدى فى فترات الحياة الأولى. وقد تبين أنه يؤثر فى هرمون النمو فى سن الرضاعة (شامبو وآخرون ١٩٨٩) وكذلك فى مستويات الضغط النفسى وأداء الوظائف الإدراكية فى مرحلة لاحقة من العمر (مينى وآخرون Meany *et al.* ١٩٨٨ ؛ سابولاسكى ١٩٩٢؛ هاياكاوا ١٩٩٢ب). وبدون هذا الربط سيكون من الصعب جداً تعليل السبب فى كون القدرة على التحرك الاجتماعى لدى البالغين أوثق ارتباطاً بطول القامة فى الطفولة منها بالطول بعد البلوغ. كما أن هذه الروابط تمكننا من فهم نتائج كالتى توصل إليها باور بأن أفضل مؤشر يتنبأ بالصحة فى بداية الشباب توفر لمجموعة مواليد عام ١٩٥٨ (دراسة نمو الطفل القومية National Child Development Study) كان تقويمات المعلمين لمشكلات الأطفال السلوكية حين كانوا فى سن السادسة عشرة (باور وآخرون ١٩٩١). وهى تمكننا أيضاً من فهم ما هو معروف عن الآثار الدائمة للنزاعات العائلية على نمو الأطفال. وقد توفر تلك الروابط أيضاً جزءاً من تفسير السبب فى أن بعض تقويمات التعليم قبل المدرسة أظهرت فوائد كبرى فيما يتعلق بالحصول على وظائف أفضل والمشاركة الأقل فى الجرائم حين يصل الأطفال إلى سن الرشد (شواينهارت Schweinhart وايكارت Weikart ١٩٩٣). وأخيراً يجب أن تحذر هذه النتائج الناس من أخذ العلاقة بين مقاييس القدرة الذهنية فى الطفولة والقدرة على التحرك الاجتماعى التى يتم إنجازها فى الكبر على أنها انعكاس لذكاء فطرى (سوندرز Saunders ١٩٩٦).

وبالطبع لا يعنى كون تأثيرات الطفولة على مستقبل الحياة أن الحياة التى يعيشها الناس وهم كبار والظروف التى يعيشون فيها لا تمارس تأثيراً قوياً على الصحة. وقد رأينا الكثير من الأمثلة فى الفصل الماضى على آثار الظروف النفسية – الاجتماعية على الصحة بعد بلوغ سن الرشد. وتبين دراسة التوائم اليابانية وجود حيز كبير (تنوع لا تفسير له) من التأثيرات الناجمة عن ظروف يتعرض المرء لها فى وقت لاحق من حياته.

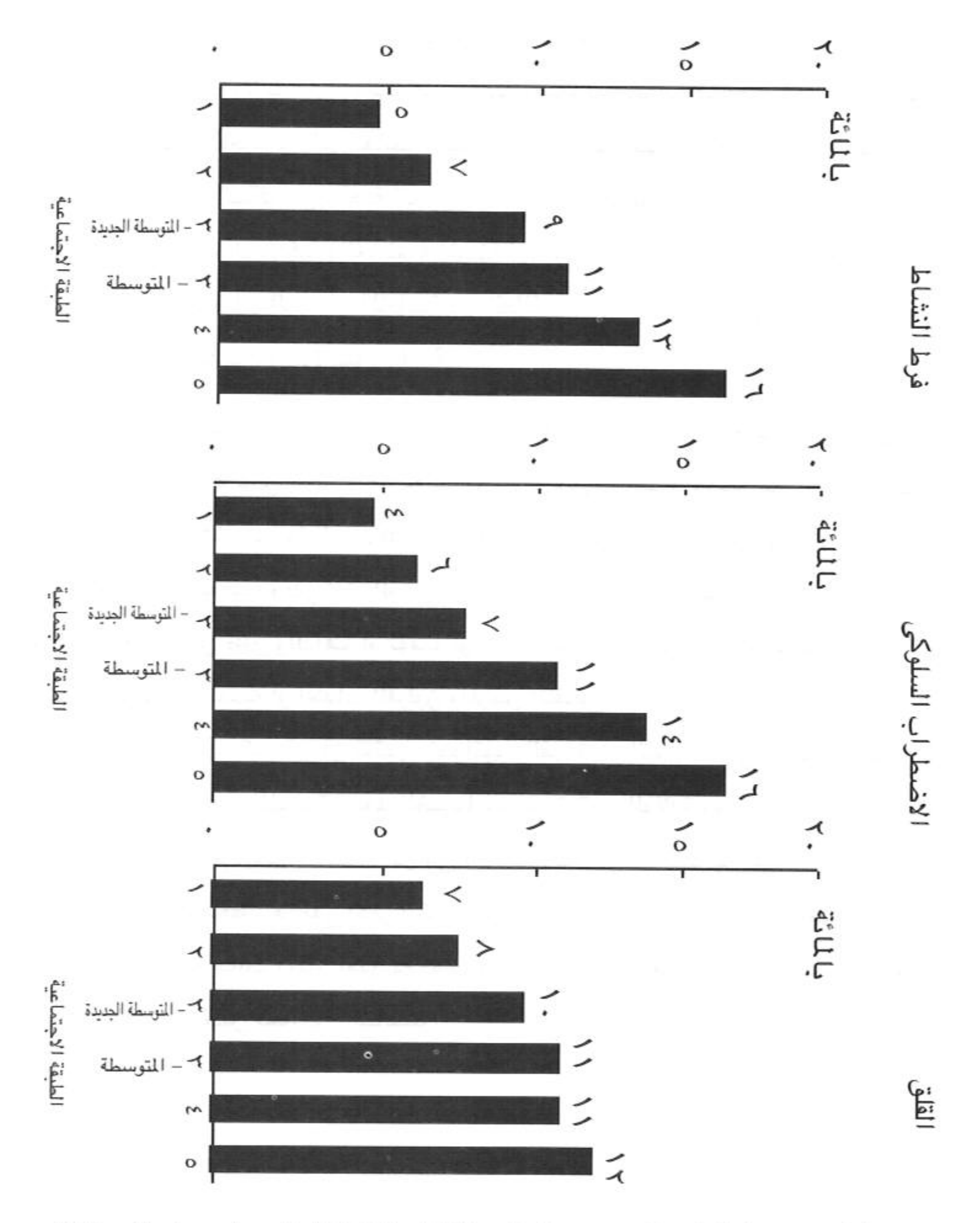
وبغض النظر عما إذا كان المجتمع متعاطفاً أم لا؛ فإن الذين يستسلمون لصعوباته المختلفة يكونون عادة أقل الناس حصانة. ومع أن من الممكن فى كثير من الأحيان العثور على دليل على قلة الحصانة لدى الأفراد بين أولئك الذين يكون نجاحهم فى أدنى مستوى؛ فإن ذلك لا يعنى أن أعداد الفاشلين لن تتأثر بصورة كبيرة بصرامة البيئة الاجتماعية – الاقتصادية أو تعاطفها. ولا يعفى اتجاه أقل الأشخاص حصانة لأن يكونوا أول المستسلمين – فى هذا المجال أو فى مجالات أخرى – الظروف الراهنة التى يعيش الناس فيها من نصيبها فى اللوم. فحتى لو كان لدى كل شخص يستسلم لصعوبة بيئية ما عامل من عدم الحصانة الشخصية أيضاً، لا يعنى ذلك أن التغيير فى قسوة البيئة الاجتماعية –الاقتصادية لن يؤدى إلى تقليل عدد الأعضاء الذين يستسلمون إلى النصف أو زيادته إلى الضعف.

والعلاقة بين طول القامة فى الطفولة وقدرة البالغين على التحرك الاجتماعى هى عامل مساهم هام فى حجم القدرة على التحرك الاجتماعى المتعلقة بالصحة التى ورد بحثها فى الفصل الرابع. لكن حجم هذه العلاقة محدد بعاملين: أحدهما هو أن الصحة الأفضل التى يتمتع طوال القامة بها ليست مجرد تكهن أفضل يصاحب نشأتهم، فهى أيضاً نتيجة الظروف الأفضل التى توفرها لهم قدرتهم على الارتقاء الاجتماعى وهم بالغون. والعامل الثانى هو وجود درجة ميل اجتماعى شديدة الانحدار فى الرفاهة النفسية أو العاطفية لدى الأطفال الصغار. وحين بحثنا فى الفصل الثامن تدهور مستويات القراءة الذى حدث فى المدارس الابتدائية فى الثمانينيات من القرن العشرين أثناء ازدياد الفقر النسبى، ذكرنا نتائج من دراسة أجريت على (١٥٠٠٠) طفل تم تتبع نموهم منذ ولادتهم فى السبعينيات. وقد وُجد فى تقويم أجرى حين كانوا فى العاشرة من العمر أن معدلات فرط النشاط ازدادت فى الطبقة الاجتماعية الخامسة (المهن اليدوية غير الماهرة) بمقدار أكثر من ثلاثة أضعاف عما هى عليه فى الطبقة الاجتماعية الأولى (المهن الحرفية) وازدادت معدلات اضطرابات السلوك بمقدار أربعة أضعاف. وكانت الفوارق فى القلق أقل من ضعفين. وتظهر البيانات المأخوذة من وودروف وآخرين Woodroffe *et al.* (١٩٩٣) فى الشكل (١٠ – ٢) . وبدلاً من إظهار أن جزءاً من عملية القدرة على التحرك الاجتماعى انتقائى بالنسبة للصحة يحتمل أن يكون

الشيوع الواسع جداً لهذه الأنواع من المشكلات بين الأطفال الصغار الذين يعيشون فى ظروف أكثر فقراً مؤشراً مهماً على سبب عدم ارتفاع معدلات القدرة على التحرك الاجتماعى أكثر مما هى عليه. ولا بد أن الروابط التى أوردنا وصفاً لها سبب مهم لجزء كبير من المعوقات التعليمية والمهنية الإضافية التى يعانيها أطفال الأسر الأكثر فقراً. وعلى الرغم من صعوبات القياس ومن عدم التأكد من ماهية الشىء المطلوب محاولة قياسه بالضبط، تشهد درجات الميل فى المشكلات السلوكية والعاطفية المبينة فى الشكل (١٠ - ٢) بمدى ضخامة العبء الذى تفرضه مستويات الحرمان المتنامية بين العائلات ذات الأطفال لا على الأطفال، فحسب بل على المجتمع بأسره ولعدة عقود قادمة.

وليس طول القامة هو الدليل الوحيد على رابطة بين التجربة العاطفية المبكرة من جهة والصحة بعد بلوغ سن الرشد من جهة أخرى. ففى دراسة لأكثر من (٥٠٠٠) طفل مولودين عام ١٩٤٦م بيّن وادزورث Wadsworth أن التأثير العاطفى لتمزق الأسرة يمارس تأثيراً قوياً على الصحة وعلى أداء الوظائف الاجتماعية فى أوائل الشباب (وادزورث ١٩٨٤). فالأشخاص الذين طلق والداهم أو توفيا أو افترقا بصورة دائمة لديهم احتمال أكبر فى الإصابة بالقرحة المعدية أو التهاب القولون والمرض النفسى قبل بلوغهم (٢٦) عاماً من العمر. كما يوجد احتمال أكبر فى أن تنتهى زيجاتهم بالفراق أو الطلاق، وفى أن يدانوا بجرائم جنسية أو عنيفة - وذلك حتى بعد الضبط حسب ترتيب الولادة وحجم الأسرة والطبقة الاجتماعية. وهناك أيضاً احتمال أقل فى أن تكون علاقاتهم بأطفالهم طيبة. ومرة أخرى فإن هذه الآثار للضغط العاطفى أكثر ارتباطاً بتمزق الأسر الذى يحدث أثناء الطفولة المبكرة. وفى هذه الدراسة كانت الآثار أكبر بين مجموعة الأطفال البالغين من العمر خمس سنوات أو أقل منها بين الذين تجاوزوا الخامسة.

الشكل (١٠ - ٢): المشكلات السلوكية فى سن العاشرة: الطبقة الاجتماعية، بريطانيا ١٩٨٠



المصدر: أ. أوزبورن A. Ossborn، بيانات من مجموعة مواليد ١٩٧٠ البريطانية، كما استشهد بها وودروف وآخرون ١٩٩٣ .

وبالإضافة إلى ربط طول القامة بالشقاق العائلى أثناء الطفولة، وجد لندبرج فى دراسة لمجموعة سكانية تتروح أعمار أفرادها بين (٣٠) و (٥٧) عاماً أن المرض ارتبط ارتباطاً وثيقاً بالشقاق العائلى حتى بعد الضبط وفق الطبقة الاجتماعية (لندبرج ١٩٩٣). وكانت مخاطر الوفاة أعلى بمقدار (٥٠) بالمائة بالنسبة للذين تعرضوا للنزا ع العائلى فى طفولتهم.

ولا تدخل المؤثرات النفسية - الاجتماعية على الصحة وطول القامة والقدرة على التحرك الاجتماعى الصورة بدلاً من العوامل المادية والاقتصادية، بل بالأحرى هى أحد السبل التى تفسر كيف تؤثر العوامل المادية على هذه النتائج، كما تفسر السبب فى أن عوامل مثل الصحة وطول القامة والقدرة على التحرك الاجتماعى تتعلق بالطبقة الاجتماعية. وإذا كان الهدف هو تحسن رفاهة المجموعات السكانية؛ فلن يكون من الحكمة معالجة الأعراض النفسية - الاجتماعية دون تخفيض المستوى الكامن وراءها من الحرمان النسبى. فالأمر لا يقتصر على صعوبة فصل الأمرين حتى فى الحالات الفردية، لكن تقديم أى نوع من الخدمة على مستوى واسع بصورة تكفى لترك أثر على هذه المشكلات فى المجتمع ككل سيكون غير واقعى على الإطلاق: بل إن الدليل ضعيف على وجود أية فاعلية حتى على مستوى ضيق، وتكاليف مثل هذا المدخل على مستوى اجتماعى ستمنع اتباعه كلياً.

الجزء الخامس

إعادة التوزيع، والنمو الاقتصادى، وجودة الحياة

الفصل الحادى عشر

رأس المال الاجتماعى: إعادة تجميع ما تفتت

فى مرات كثيرة جداً يبدو الاقتصاد مهيمناً على الحياة، ويبدو كأن هذا الكتاب يبحث فى كيفية سيطرته حتى على طول العمر. لكن موضوعه الأكثر جوهرية هو أهمية الاحتياجات الاجتماعية البشرية، والطريقة التى تتأثر الصحة فيها بالصراع المتزايد بين الأنظمة الاقتصادية وتلبية احتياجاتنا الاجتماعية. ورسالته الرئيسية هى عن الأهمية الأساسية التى تمثلها العلاقات الاجتماعية لنا باعتبارنا كائنات اجتماعية. وفى كل المراحل فى المجتمعات البشرية، سواء أكانت غنية أم فقيرة كانت جودة العلاقات الاجتماعية محددة رئيسية للرفاهة الإنسانية وجودة الحياة.

ومع الازدياد المستمر لامتداد الأذرع الأخطبوطية لمنطق السوق القوى، يسهل التفكير فى الاقتصاد على أنه مرض عقلى يؤدى إلى رؤية السلوك الإنسانى بأكمله على أنه نابع من رغبة أنانية فى الوصول بالاستهلاك إلى أقصى حدوده. وفى حين أننا جميعاً مدركون لوجود حياة خارج الأسواق؛ فإننى أتذكر عالم اقتصاد كان يدرك أكثر مما هو معتاد مدى ما يغفله الاقتصاد. وكان رد فعله بناء نماذج تمضى أبعد من الاقتصاد النقدى؛ فقد استخدم طريقة تدعى تحليل المُدخَلات والمُخرَجات input-output analysis تحاول تلخيص جميع العمليات فى اقتصاد ما بجدولة ما تشتريه كل صناعة من كل صناعة أخرى وما تبيعه لها. وفى إحدى الدراسات لم يحاول فقط أن يأخذ بعين الاعتبار العوامل البيئية، بإدخال جدول بيئى للعمليات التى تجرى فى العالم الطبيعى، بل أيضاً تفاعلاتنا الاجتماعية. وقد انطوى ذلك على وضع جدول لما يجرى بين الأسر. فبالإضافة إلى مجموعة جديدة من السلع الاجتماعية التى يجرى تبادلها والتى تضمنت أشياء مثل "الاحترام"، أحد الأشياء التى قرر أن الكائنات البشرية تحتاج إليها بعضها من بعض هو الحب. لذلك أدخل الحب فى جدول الأشياء المتبادلة مع صفائح الفولاذ والمواد البلاستيكية والأدوات الكهربائية. ثم لاحظ أن

الناس لا يريدون الحصول على الحب فقط، بل يريدون أيضاً إعطاءه. وقد أدى هذا إلى سلعتين اجتماعيتين يمكن مبادلتهما: "الحب المتلقى" و"الحب المعطى". وتم التغاضى عن التمييز بين السلع القابلة للمبادلة وعلاقات الحب والاحترام التى تتعارض فطرياً مع التبادل فى الأسواق.

توفر الآثار الاجتماعية والصحية للفوارق الأوسع فى الدخل سبباً قوياً لتضييق تلك الفوارق. وتقليدياً كان القدر الأكبر من المساواة هدفاً اشتراكياً. ولكن حتى بين المستمرين فى الدعوة إليه، نجد أن منطقهم أصيب بعدوى منطق العلاقات الاقتصادية. فقد كانت النظرة الأصلية إلى القدر الكبير من المساواة فى الدخل هى أنه طريقة لتعميق التناغم الاجتماعى وتخفيض الأساس البنيوى للصراع بين الناس، وقد بلغ هذا الأمر أن المطمح نفسه وجد التعبير عنه فى الممارسات الاشتراكية فى حديث أحدهم عن الآخر بقوله "أخى" أو "أختى". ولكنّ تَزَايَد الاتجاه فى الدعوة إلى إعادة توزيع الدخل ليس من أجل كيفية ما سيعود به من الفائدة على العلاقات الاجتماعية، وإنما ببساطة باعتباره مطلباً لاشتراك أكثر عدلاً فى السلع والخدمات بين المجتمعات التى يفترض أنها تتألف من أفراد يهتمون بمصالحهم الخاصة. وهذا التغير مؤشر مهم على مدى تغلغل الفكر (الإيديولوجيا) الاقتصادى: فحتى الذين يرفضون السوق جزئياً على الأقل فقدوا رؤيتهم لجوهرنا الاجتماعى وبدون قصد ترجموا الأهداف الاشتراكية بحيث تنسجم مع الجنس البشرى الذى تحول إلى نظام السوق. وتنصب هذه الرؤيا الفقيرة الإيحاء فى أفضل الحالات على مساواة تنافسية نزعت منها الصفة الاجتماعية.

لا يمكن بسهولة رفض الأدلة المستعرضة فى الفصول السابقة؛ فقد بينت ثمانى مجموعات مختلفة من الباحثين أن توزع الدخل متعلق بمعدلات الوفيات القومية فى مجموعات مختلفة فى المجتمعات المتقدمة والأقل تقدماً فى عشر مجموعات منفصلة من البيانات (انظر الفصل الخامس). ولا يمكن اعتبار ذلك محصلة نتيجة ظهرت بالصدفة أو نتيجتين. وقد يشك البعض فى أن من الواجب تفسيرها على أنها انعكاس زائف لعلاقة كامنة ما، ناتجة عن

شىء يؤثر بشكل منفصل فى كل من توزع الدخل والصحة. وفى حين أنه من المحتمل أن يصلح توزع الدخل كمقياس لبعض معالم المجتمع المرتبطة به بعلاقة وثيقة مثل التماسك الاجتماعى؛ فإن احتمالات أن تكون العلاقة انعكاساً زائفاً لمتغير ما يتوسط بينهما ويختلف اختلافاً كاملاً هى احتمالات شديدة البعد. وهناك عدة صعوبات رئيسية تواجه ذلك الخط من التفكير. أولاً العلاقة الإحصائية بين توزع الدخل ومعدلات الوفيات القومية علاقة قوية، فقد ذكر الباحثون وجود معاملات ارتباط مقدارها (٠,٦) أو (٠,٧) أو (٠,٨). وفى العادة يجب أن تكون معاملات الارتباط أقوى بينها وبين أى متغير متوسط مفترض؛ ولذلك يجب أن ينصب البحث على شىء يتعلق بصورة أوثق من ذلك بكل من توزع الدخل والوفيات. ونحن لا نعلم بوجود أى شىء يلائم هذه الشروط. ولا يقتصر الأمر على ذلك، بل يجب أن يلائم الشروط عند النظر إلى العلاقة نظرة مقطع عرضى - بصورة مستقلة بين الدول المتقدمة والدول الأقل تقدماً، ويجب أن يلائمها عند النظر إلى التغيرات الحاصلة مع مرور الزمن بين الدول المتقدمة، وأخيراً يجب أن يلائمها عند النظر إلى العلاقة بين توزع الدخل والوفيات داخل الدول، بين كل من الولايات الأمريكية الخمسين والأجزاء الصغيرة من بريطانيا (كابلان وآخرون Kaplan *et al.* ١٩٩٦؛ كنيدى وآخرون Kennedy *et al.* ١٩٩٦، بن شلومو وآخرون Ben Shlomo *et al.* ١٩٩٦)، وهذا طلب مستحيل.

وفوق ذلك من المعروف أن مجالات المصروفات العامة مثل السكن والرعاية الصحية لا تمارس تأثيراً على صحة السكان يكون قوياً إلى حدٍ كافٍ لتفسير تلك العلاقة، حتى ولو كانت متعلقة بها. ولكن التحليل الإحصائى بين أن الضبط وفق المصروفات الحكومية العامة أو وفق مصروفات فى مجالات كهذه فقط لا يزيل العلاقة. وفى هذا السياق هناك تباين آخر بين اليابان والسويد مثير للاهتمام، ففى حين أنهما متشابهتان جداً من حيث ضيق الفوارق فى توزع الدخل ومن حيث ارتفاع متوسط العمر المتوقع فيهما، فإنهما تختلفان اختلافاً كبيراً - ليس فيما يتعلق ببنية العائلة كما بينا فى الفصل الثامن فحسب - بل أيضاً فى نسبة إجمالى الناتج القومى التى تأخذها الحكومة للنفقات الاجتماعية؛ فالنفقات الاجتماعية الحكومية فى السويد تشكل نسبة من إجمالى الناتج القومى أعلى من أية دولة

أخرى فى منظمة التنسيق الاقتصادى والتنمية، وفى اليابان نسبة أدنى من أية دولة أخرى فى هذه المنظمة (هيلز Hills ١٩٩٤). كما أن العلاقة لا تزول لدى ضبطها حسب إجمالى الناتج القومى للفرد، أو متوسط الدخل، أو الفقر النسبى، أو العرق، أو التدخين (انظر الفصل الخامس).

وقد رأينا فى الفصل السادس أن المجتمعات التى تتمتع بكل من المساواة والصحة هى أيضاً متماسكة اجتماعياً بصورة ملحوظة أكثر من غيرها. وفوق كل شىء، بدا المجال العام فى هذه المجتمعات مندمجاً فى الحياة الاجتماعية بدلاً من أن يكون متروكاً لعلاقات السوق السلبية بين أسر مهتمة بمصالحها الذاتية - وهو ما يسميه بانفيلد Banfield "الأسرية اللاأخلاقية" (بانفيلد ١٩٥٨). ومع انخفاض عدم المساواة فى الدخل، يرتبط الناس بالحياة العامة من خلال منظمات وأغراض ونشاطات اجتماعية متنوعة. وتبقى هناك أهمية لشىء من الشعور بالجماعية الأخلاقية والهدف الاجتماعى. وقد رأينا فى الفصل الثامن الأعراض التقليدية التى تظهر حين يزداد عدم المساواة وتتعمق الانقسامات الاجتماعية. فبالإضافة إلى معدلات الوفاة الأعلى من معظم المسببات؛ تبدى تلك المجتمعات معدلات أعلى من الوفيات المتعلقة بشرب المواد الكحولية ومن الحوادث والقتل والجريمة والعنف وربما إساءة استخدام المخدرات. والعلاقة بين هذه المجموعة من المشكلات الاجتماعية والانقسامات الاجتماعية الأكثر عمقاً تبدو معقولة جداً. فهى إلى حد كبير ما يتوقع المرء أن تكون أعراض الضغط الاجتماعى - الاقتصادى الأكثر حدة.

وبالنظر إلى الأدلة الوبائية والفيزيولوجية عن إمكانية تأثير ازدياد عدم المساواة على الصحة البدنية؛ يتضح أنه لا يوجد نقص فى السبل المحتملة. ويبين الفصلان التاسع والعاشر وجود دليل ثابت جداً بأن العمليات النفسية - الاجتماعية يمكن أن تمارس تأثيراً رئيسياً على الصحة. ولا يقتصر الأمر على أن الكثير من العوامل النفسية - الاجتماعية التى تقترن بالصحة تبدى علاقات ارتباط أقوى مما يبديه الاقتران بين العوامل المادية والصحة (وذلك مؤكد على أساس الخطر الذى يمكن أن يعزى للسكان)، ولكن كونها تبدى هذه الارتباطات الأقوى يتماشى مع تفسير التحول الوبائى المطروح فى الفصل الثالث.

إذن ما هى المعانى المتضمنة فى هذه الصورة؟ ان بعض الناس يفضلون أن تفسر العلاقة بين توزع الدخل والصحة على أساس الحرمان المادى المطلق الذى يعانيه الفقراء؛ فالبعض ممن يؤمنون بأهمية العوامل المادية يعتقدون أن التفسير النفسى - الاجتماعى يقلل من أهمية العلاقة ويعطيها طابعاً نفسياً. لكنه فى الواقع يعطيها أهمية أكبر ويطرح قضايا جوهرية أكثر بكثير. أولاً بالنسبة لمدى أهميتها. إذا كانت العوامل المادية الموضوعية، بغض النظر عن ظلالها الاجتماعية، هى التى تضر بالصحة فلن يكون لها سوى بضعة مضامين أكثر اتساعاً. وعلى افتراض أن العقد الماضى[١] كان استثناء وأن "الانتشار"[٢] هو فى الوضع الطبيعى جزء من النمو الاقتصادى، سيُتوقع أن تحل مشكلات الفقر المادى المطلق نفسها فى المجرى الطبيعى للنمو الاقتصادى. وكون صور عدم المساواة الصحية اتسعت فى بريطانيا خلال معظم فترة النصف الثانى من القرن العشرين وفى الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا خلال فترات متباينة يوحى أن تلك المشكلات لا تحل نفسها.

ومن وجهة نظر تجربة الأشخاص ذوى العلاقة، إذا كانت الصحة تتضرر نتيجة للعمليات النفسية - الاجتماعية، فإن لهذا أهمية أكبر مما سيكون له لو أن الضرر نتج عن الآثار المادية الفورية لرطوبة السكن أو الغذاء السيئ النوعية. ولولا الآثار النفسية - الاجتماعية التى نتحدث عنها لأمكن تناول غذاء فيه إفراط فى شرائح البطاطس والأطعمة المقلية، والشعور إثر ذلك بالسعادة التامة. والشىء نفسه صحيح عن التدخين وقلة التمارين الرياضية. وبالنسبة للمشكلات العملية التى تسببها المساكن الرطبة، من الممكن أن تتطلب قدراً إضافياً من العمل ودرجة عالية من الإحباط. ولو كانت هذه هى المسببات الرئيسية لعدم المساواة الصحية والتفسير للعلاقة بين الصحة وتوزع الدخل، فلن يكون هناك تجاوز كبير للحقيقة فى القول إن حياة الفقراء نسبياً قد تكون أقصر لكن قد لا تكون أقل سعادة بكثير من حياة الأغنياء. لكن هذه المشكلة مهمة لأن ذلك القول بعيد جداً عن الحقيقة. فالشعور بالاكتئاب

(١) الثمانينيات من القرن العشرين. (المترجم).

(٢) إشارة إلى النظرية الاقتصادية القائلة إن الفوائد التى تحصل عليها الشركات الضخمة والمستثمرون الأثرياء ستنتشر بحيث يستفيد منها أصحاب المصالح الصغيرة والمستهلكون (المترجم).

والتعرض للغش والمرارة واليأس وعدم الحصانة والخوف والغضب والقلق بسبب الديون أو عدم الاطمئنان الوظيفى أو السكنى؛ والشعور بقلة القيمة وقلة الفائدة والعجز والتعرض للإهمال وفقدان الأمل والانعزال والتوتر والفشل - هذه المشاعر قد تسيطر على تجربة المرء للحياة بأكملها وتلون تجربته لكل شىء آخر. إن ما يحدث الضرر هو الضغط النفسى المزمن الذى تولده مثل هذه المشاعر. وما يهم هو المشاعر الاجتماعية لا التعرض لما يفترض أنه بيئة مادية سامة؛ فالبيئة المادية ليست سوى العلامة التى لا تمحى والتذكرة الدائمة للحقيقة المحبطة، وهى حقيقة فشل المرء، وضمور أى شعور بأن له مكاناً فى المجتمع، وانعزاله الاجتماعى وانخفاض قيمته ككائن بشرى.

وبالنسبة لجودة الحياة، التى هى فى نهاية المطاف مسألة الشعور الذاتى بالرفاهة لدى الناس، هناك أهمية قصوى للعمليات النفسية - الاجتماعية المحيطة بعدم المساواة، وللتماسك الاجتماعى، ولآثاره على الصحة. وهى ليست مهمة فقط من وجهة نظر شاغلى المراتب الدنيا من السلم الاجتماعى الذين يعانون أكثر من أية فئة أخرى، ولكن أيضاً لأن تدهور الحياة العامة وفقدان الحس الاجتماعى وبصورة خاصة ازدياد الجريمة والعنف أمور مهمة جوهرية بالنسبة لجودة الحياة لدى الجميع.

والقول بأن العوامل المتعلقة بتوزع الدخل هامة جداً للجودة الشخصية الحقيقية للحياة فى المجتمع ككل يتباين مع الاتجاه الشائع للنظر إلى جودة الحياة على أنها مرادفة تقريباً لمستوى الحياة المادى. وفى الفصل الثالث نظرنا إلى العلاقة المتغيرة بين النمو الاقتصادى والزيادات فى متوسط العمر المتوقع. وكما لاحظنا فى ذلك الفصل، توجد أسباب للاعتقاد بأن الصحة دليل أفضل على جودة الحياة من مقاييس الدخل الحقيقى وإجمالى الناتج القومى للفرد. وفى حين أن المقاييس الاقتصادية مقصورة إلى حد كبير على التغير المادى الكمى؛ فإن الصحة حساسة للظروف المادية والاجتماعية وتتأثر بالتغير الكيفى والكمى. وتعنى حساسيتها لنوعية الحياة النفسية - الاجتماعية السائدة أن الصحة جديرة بأن تكون مؤشراً رئيسياً لجودة الحياة أكثر مصداقية من المؤشرات الاقتصادية المختلفة. وعلى الرغم من

أننا قد نفترض أن "الأكثر" يعنى "الأفضل" على أى مستوى من مستويات الثراء تقريباً، إذا بقى كل شىء آخر متساويًا، فإننا نعرف أن الاعتبارات الاجتماعية والبيئية لا تبقى متساوية، وإجمالى الإنتاج القومى للفرد دليل سيىء على الجودة الشخصية للحياة.

وأحد أسباب الاهتمام المستمر فى النمو الاقتصادى هى الاعتقاد بأن رغبة كل فرد فى دخل أكبر يمكن جمعها فى رغبة اجتماعية فى دخل أكبر. ولكن بعد ما علمناه عن قوة توزع الدخل وأهمية الدخل النسبى وليس الدخل المطلق؛ فمن المحتمل أن هذا مبنى على افتراض كاذب. ومن المحتمل أن الرغبة الفردية فى دخل أكبر هى بصورة رئيسية رغبة فى الحصول على الأشياء الموجودة لدى الأغنياء ولشغل المركز الاجتماعى الذى يشغلونه: أى قد تكون بصورة أساسية رغبة فى زيادة دخل المرء النسبى. ففى الواقع الأغنياء فى المجتمع الذى يعيش الفرد فيه هم الذين يعطون صورة توضيحية لمزايا أن يكون المرء أغنى. والرغبة فى امتلاك ملايين الجنيهات هى افتراضاً رغبة المرء فى أن يكون واحداً من الأغنياء، ويتمتع بما لهم من حرية وتحكم فى الموارد. وقد تكون تلك الرغبة بعيدة جداً عن الرغبة فى أن يكون المرء جزءاً من مجتمع يتمتع بإجمالى أكبر من الإنتاج القومى للفرد. بل إن بعض الأشخاص الأقل رفاهية قد يفضلون أن يكونوا أشخاصاً أكثر رفاهية نسبياً فى مجتمع أكثر فقراً.

والسبب الآخر المقنع سياسياً وراء السعى إلى النمو الاقتصادى هو أن معدلات النمو الأسرع تقترن بتقلص فى البطالة وانخفاض فى الشعور بعدم الاطمئنان بالنسبة للدخل وازدياد فى الأرباح التجارية. لكن هذه بمعنى من المعانى مجرد منتجات ثانوية لعملية النمو. والرغبة فى استمرار النمو من أجل حل مشكلات من ذلك النوع هى مجرد شكل من أشكال الإدمان، وأثناء فترات الازدهار الاقتصادى تجد المشكلات حلاً مؤقتاً لها فقط لتعود مع فترة الركود التالية. والمشكلات التى يبدو أن حالات التحسن الاقتصادى تحلها تحتاج إلى حل أكثر جوهريةً وبقاءً يستمر حتى فى غياب النمو.

وفكرة أن مصالح الفقراء هى التبرير الأخلاقى الرئيسى للنمو الاقتصادى فى العالم المتقدم لم تصمد كثيراً فى وجه الأدلة على أن النمو فى العقد الماضى أو نحو ذلك صاحبه قدر أكبر من انتشار الفقر بدلاً من انتشار الربح. ولكن الآن بعد أن اتضح أن مشكلات الفقر الرئيسية (فى العالم المتقدم على الأقل) هى مشكلات الفقر النسبى، صرنا نعرف أنه يجب مواجهتها بشكل مباشر؛ فلم يعد بوسعنا أن نرضى أنفسنا بافتراض أنها ستختفى ونحن نزداد ثراء معاً.

فى الفصل الثالث بحثنا كيف أنه قد توجد علاقة بين ارتفاع متوسط العمر المتوقع والنمو الاقتصادى. ورأينا أنه لو كانت هناك مؤشرات أسعار معدلة بشكل كامل لتتناسب مع الجودة للاستخدام فى إعداد البيانات الموضحة فى الشكل (٣ - ١) لحرَّكت تلك المؤشرات بعض الدول إلى اليمين مع مرور الزمن. وفى حين أن ذلك كان سيجمع القسم الصاعد من كل منحنى؛ فإنه كان سيعنى أيضاً وجود علاقة أقل بين إجمالى الإنتاج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع فى الدول الغنية عند أية نقطة زمنية، وكان الجزء المنبسط من منحنى المقطع النموذجى سيصبح أكثر انبساطاً مع امتداده امتداداً أكبر إلى اليمين.

وكنا نبحث عن تفسير لسبب ارتفاع الجزء الأفقى من منحنى متوسط العمر المتوقع مع مرور الزمن. والتفسير الوحيد الذى طُرح فى الفصل الثالث هو أن الجديد الذى يطرأ من معرفة وتقنية وسلع وخدمات يحدث تغييراً بالنسبة للصحة ويحول المنحنى إلى الأعلى مع تقدم الزمن. وقد سقنا حجة أن الفوارق فى معدلات انتشار هذه المبتكرات بين سكان الدول المتقدمة قد لا تكون لها علاقة كبيرة بمعدلات النمو وإجمالى الناتج القومى للفرد. وهكذا فإنه بعد التوصل إلى مستوى عتبة التطور، بحيث تصبح الاحتياجات الأساسية مضمونة وتكون المجتمعات قد دفعت تكلفة وصولها إلى التقنية الحديثة، تكون الفوارق بينها قليلة الأهمية نسبياً. وإلى الحد الذى تكون المجتمعات فيه جزءاً من السوق العالمية ستستمتع بثمار الابتكار (وقد تسهم فيها) بغض النظر عن نمو دخلها.

ومن حيث الاهتمام المتنامى بالعواقب البيئية المحتملة للنمو الاقتصادى (ولكن انظر بكرمان Beckerman ١٩٩٥) والمطالبة بنمو معدله صفر (توقف الازدياد)، تقودنا المناقشة فى الفصل الثالث إلى تمييز مفيد. ومن حيث حالات النقص فى الموارد والتلوث يأتى التهديد الرئيسى من المكوِّن الكمى للنمو، من استخدام المزيد من الموارد والطاقة وإنتاج المزيد من النفايات. والنمو من التحسينات النوعية لا ينتج مزايا تطرح عدداً أقل من المشكلات فحسب، بل أيضاً يمكن جعل عملية الابتكار التى تنشأ تلك المشكلات منها تخدم أغراضاً بيئية. وبالفعل فإن مكوناً كبيراً من مكونات الابتكار هو التوفير فى الموارد وينزع هذا إلى خفض النفايات. وحتى حين لا تحدث تلك التوفيرات؛ فإن التحسينات فى التصميم كثيراً ما تزيد من قيمة استخدام السلع دون تغيير فى تكاليف الموارد. ويطرح هذا احتمال أن نستطيع الوصول إلى شىء قريب من النمو الذى معدله صفر (حسب المقياس الراهن)، ولكن نستمر فى التمتع بثمار تحسينات التصاميم والابتكارات المركزة بشكل أكثر دقة على خدمة البيئة والمستهلك. وبعبارة أخرى من الممكن تصور تحسينات مثمرة فى مستويات المعيشة المادية لا يكون الحصول عليها على حساب البيئة. والنمو الذى معدله صفر بالمعنى الكمى البحت لا يعنى الرضا حتى نهاية الوجود الإنسانى بوضعنا الراهن من بنية تحتية متسمة بالفوضى، وتقنية معرضة للخطر، وأسلوب فى الحياة. بل يمكن أن نحصل على الابتكارات بدون نمو.

وإذا امتنعنا عن محاولة استخدام التغير الفنى النوعى لتفسير المشكلة المحيرة الواردة فى الفصل الثالث، وهى مشكلة المنحنيات الأفقية المستمرة دائماً فى الارتفاع والتى تبين علاقة بين إجمالى الإنتاج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع، لا يبقى لها على ما يبدو سوى تفسير واحد معقول ولكن بصورة بعيدة. وحيث إن التفسيرين لا يتعارضان، فيمكننا أن نأخذ أى مزيج منهما نشاؤه. ويعتمد التفسير الإضافى على الروابط غير المحكمة التى تربط بين التنمية الاقتصادية وعمليات التغير الثقافى والنفسى - الاجتماعى.

ومن أهم فوائد مستويات المعيشة الأعلى ازدياد الشعور بالاطمئنان والاختفاء البطىء لجوانب الحياة الأكثر قسوة. ومن وجهة النظر التاريخية من المحتمل أن هناك تليينًا تدريجياً

لمختلف أوجه الحياة الاجتماعية والعاطفية يرافق ارتفاع مستويات المعيشة. ومن أهم مؤشرات هذه العملية أشياء مثل إلغاء عقوبة الإعدام في كثير من الدول وإلغاء العقاب الجسدي في المدارس. وتوضح التغيرات في الممارسات المتبعة في تنشئة الأطفال هذه العمليات بشكل أوضح من بعض الأمور الأخرى. ويبدأ دوموز DeMause فصل المقدمة في كتابه **تاريخ الطفولة** *History of Childhood* بقوله: "إن تاريخ الطفولة كابوس لم نبدأ بالاستيقاظ منه إلا مؤخراً. وكلما عاد المرء إلى الوراء في التاريخ يهبط مستوى رعاية الأطفال، ويزداد احتمال أن يقتل الأطفال أو يهجروا أو يضربوا أو يتعرضوا للرعب وللإيذاء الجنسي" (دوموز ١٩٧٤، ص ١). وهو يقترح أننا إذا عدنا إلى الوراء فترة كافية "فإن معظم الأطفال كانوا يتعرضون للأذى حسب اعتباراتنا اليوم" (المصدر نفسه، ص ٢). بل يبلغ الأمر بدوموز أن يقترح أن "القوة المركزية للتغيير في التاريخ ليست التقنية ولا الاقتصاد، بل التغييرات النفسية – الجينية التي طرأت على الشخصية نتيجة الأجيال المتعاقبة من التفاعل بين الأبوين والأطفال." وهو يؤمن أن هذه العملية "وضعت حدوداً واضحة لما يمكن إنجازه في جميع مجالات الحياة الأخرى" (المصدر نفسه، ص ٣).

وبدلاً من الموافقة على تأكيد دوموز على استقلالية التغيرات في تنشئة الأطفال وأوليتها، يبدو من المعقول أكثر اعتبارها جزءاً من التأثير التمديني الذي تحدثه التنمية الاقتصادية. وبمعرفة أهمية بيئة الأطفال العاطفية لتطورهم وصحتهم فيما بعد (والتي رأيناها في الفصل العاشر)؛ فإننا نتوقع أن تكون التحسينات في تنشئة الأطفال أنتجت فوائد بدنية وعقلية رئيسية فيما يتبقى من العمر. لكن التغيرات في الطفولة كانت جزءاً من التطورات الاجتماعية الأكثر عمومية التي تعرض لها المجتمع والتي أثرت على الناس في مختلف الأعمار. وقد تكون التغيرات النفسية – الاجتماعية العميقة في أوضح شكل لها حين نذكر أنفسنا إلى أي حد تبدو لنا فيه الحياة قبل الثورة الصناعية وفي المراحل الأولى من الصناعة وحشية. إننا نتعلم الكثير حول تقدم إنسانية أي مجتمع من طريقته في معاملة مخالفي القانون فيه والمعاقين عقلياً والفقراء. والتخلي عن وسم المتسولين وحرق الساحرات والإعدام أو الشنق العلني للمجرمين يعكس تحولاً نفسياً مهماً.

وبالتسليم بأهمية المؤثرات النفسية - الاجتماعية على الصحة (التى تم بحثها فى الفصلين التاسع والعاشر)، يصبح انخفاض الشعور بالخوف وبعدم الأمان وازدياد التسامح فى المجتمع أمرين هامين. وكوننا نخفق أحياناً فى الاعتراف بكل من أهمية هذه التطورات الحضارية غير المادية ووجودها لا ينفى ذلك الوجود. وقد استمر التسامح الاجتماعى المتنامى، مع بعض الانتكاسات، خلال النصف الثانى من القرن العشرين.[٣]

ومن المفترض أن إنهاء الخدمة العسكرية الإلزامية أبعد الناس عن بعض أشكال القسوة الوحشية التى كانت مألوفة لديهم. وفى العلاقات الاجتماعية ظهر اتجاه واسع الانتشار إلى تفضيل صيغ فى المخاطبة أقل رسمية والتخلى عن بعض مؤشرات الاحترام والخنوع بين الطبقات الاجتماعية. وقد يتضح أحد مؤشرات مدى ازدياد إدراكنا لأهمية الحياة العاطفية عن إدراك من سبقونا من اضطراب الضغط النفسى بعد الصدمات العاطفية post-traumatic stress disorder بين الأشخاص العاملين فى خدمات الطوارئ. وهناك تباين صارخ بين المحاولات المتزايدة لتوفير الاستشارات النفسية لمن يضطرون لخوض مواقف مؤلمة واعتبار مثل هذه المواقف طبيعية فى القرون الماضية.

ومفهوم "الحضارة" قريب من التعبير عن أهم أنواع التغير الثقافى والنفسى - الاجتماعى الذى يصاحب النمو الاقتصادى. فهو يضم الأفكار الضرورية عن الكرامة الإنسانية والتحرر بكل من معنييه الاجتماعى والمادى. ورغم أن الحضارة والنمو الاقتصادى ليسا الشىء نفسه، فهى تبدو أحد الأشكال التى نتلقى بها فوائد التقدم المادى. واحتواؤها على مكون ثقافى وإيديولوجى رئيسى يعنى أنها لا ترتبط بالنمو إلا بصورة رخوة. فكلمة الحضارة تتضمن مفهوم الكياسة بالإضافة إلى الكرامة والتحرر وتستدعى أفكاراً عن المواطَنة وطبيعة التطور الاجتماعى. وهى تقترب من مسائل التماسك الاجتماعى التى نوقشت فى الفصل السابع. ومن المؤكد أن الحياة فى المجتمعات ذات التوزع الأوسع للدخل تبدو أقل تحضراً. ومع ذلك على الرغم من كون المفهوم بعيداً عن أن يكون مرادفاً لفكرة النمو الاقتصادى، ففى ذهن

(٣) حذفت فى الترجمة جملتان تردان فى هذا الموضع وتتحدثان عما يعتبره المؤلف تأثيرات إيجابية للتحول فى النظرة إلى العلاقات الجنسية فى الغرب (المترجم).

كل شخص إدراك بأن للحضارة جوانبها المادية. وإجراءات الصحة العامة التى طبقت فى أواخر العصر الفيكتورى فى بريطانيا أدت إلى التحرر ومن الواضح أنها جعلت الحياة أكثر تحضراً. وتشترك الدول المتقدمة على نطاق واسع فى معايير الحضارة ومن المحتمل أن تستطيع مع تقدمها بمرور الزمن أن توفر جزءاً من "عامل تكييف الدخل" الذى يرفع منحنى متوسط العمر المتوقع من فترة إلى أخرى.

وما يغرى بإعطاء حيز لهذا النوع من التفسير ليس مجرد صعوبة التفسير بأية طريقة أخرى، بل هو أيضاً أن هذا التفسير يبدأ فى تقديم نظرة متحدة إلى حد أكبر للمؤثرات الرئيسية على الصحة فى تغيرها عالمياً مع مرور الزمن وأيضاً فى تأثرها بدرجة المساواة والتماسك الاجتماعى ضمن المجتمعات. ونحن بحاجة لأن نجمع مزيجاً مما أوجز فى فكرتى التماسك الاجتماعى والحضارة. فلو استطعنا استعمال جرعة من مبدأ المساواة لنحول فكرة الحضارة إلى مفهوم شامل بدل أن تكون مفهوماً حصرياً، قد نستطيع الحصول على فكرة عن الشروط الاجتماعية للصحة. وستكون النتيجة شيئاً قريباً مما قد نسميه الكرامة الإنسانية. فبالتسليم بأن التقدم المادى فيه جوانب محرِّرة بالإضافة إلى الجوانب المصغِّرة والتآكلية، يقوم مثل هذا المفهوم بدمج بعض معالم النمو الاقتصادى (ولكن ليس جميع تلك المعالم) مع التقدم النفسى - الاجتماعى الذى يصاحبها. لكن أهمية مفهوم الحضارة يكمن فى ما وراء الصحة، فنتيجة للسبل النفسية - الاجتماعية التى تربط الحياة المادية بالصحة، نتوقع أن الشروط الاجتماعية للصحة هى مؤشر أيضاً على جودة الحياة. وينتهى بنا الأمر بمفهوم لجودة الحياة يبتعد قليلاً عن النمو الاقتصادى ويتراصف مع شىء أقرب إلى مزيج من الحضارة والتماسك الاجتماعى.

وقد لا يمكننا سوى التلميح إلى محتواه. فمن الأبحاث الوبائية نأخذ الانتماءات الاجتماعية والدعم الاجتماعى، أى الإحساس بالسيطرة والأمان. وبالإضافة إلى ذلك، يرتبط التماسك الاجتماعى بسهولة بالشعور بالالتحام الذى قال أنتونوفسكى Antonovsky وغيره أنه واقٍ للصحة (أنتونوفسكى ١٩٩٢؛ لندبرج Lundberg ونستروم بِك Nestrom Peck ١٩٩٤). ررغم أنه اعتبر ذلك الشعور شيئاً قد يتوافر للأشخاص وقد لا يتوافر، قد يكون من الأفضل

فى السياق الحالى النظر إلى الشعور بالالتحام على أنه من خصائص المجموعات الاجتماعية أو المجتمعات. وبتوفير قاعدة من العدالة الاجتماعية مؤسسة على فوارق أقل فى الدخل وحقوق مدنية كاملة، سيكون هناك عدد أقل من التصدعات فى "المجتمع الأخلاقى". ويتطلب "الشعور بالالتحام" الذى يتحدث أنتونوفسكى عنه من الأفراد أن يكون لديهم شعور بأنهم يلعبون دوراً ويخدمون غاية معينة، وهذا بالنسبة لمعظم الناس لا يتأكد إلا إذا تلقى دعماً من عقيدة (إيديولوجية) مشتركة ونظام من القيم. وما لم يكن هناك شعور بالعدالة الاجتماعية؛ فإن شرعية المؤسسات الاجتماعية تضعف بصورة جوهرية ويُفقَد المجتمع الأخلاقى الذى يجعل الحياة الاجتماعية متلاحمة؛ لذلك فإن المرجح أن يكون التماسك والتلاحم على علاقة وثيقة بالعدالة الاجتماعية.

ويستخدم بوتنام Putnam الذى بحثنا عمله حول قوة المجتمع المدنى فى الأقاليم الإيطالية فى الفصل السادس مفهوم "رأس المال الاجتماعى". فهو يقول:

> ما أعنيه بعبارة "رأس المال الاجتماعى" هو معالم الحياة الاجتماعية - الشبكات والمبادئ والثقة - التى تتيح للمشاركين أن يعملوا معاً بشكل أكثر فعالية ساعين إلى أهداف مشتركة.... وإلى الحد الذى تربط المبادئ والشبكات والثقة قطاعات كبيرة من المجتمع وتمد جسراً فوق الانشقاقات الاجتماعية الكامنة - إلى الحد الذى يكون رأس المال الاجتماعى فيه من نوع الصلة الواصلة - يرجح أن يخدم التعاون المدعَّم مصالح أوسع وأن يحظى باستقبال واسع.

(بوتنام ١٩٩٥، ص ٦٦٤-٦٦٥)

ومما يثير الاهتمام أنه على الرغم من أن بوتنام يعزو تدهور المشاركة الاجتماعية فى الولايات المتحدة إلى انتشار التلفاز فإنه يرى بوضوح أن مد جسر فوق الانقسامات الاجتماعية هو وظيفة حاسمة لرأس المال الاجتماعى. وبالتسليم بأن مد الجسر سيكون أسهل إذا كانت الانقسامات الاجتماعية أصغر، فهذا يتباين بشكل صارخ نوعاً ما مع عدم إبدائه اهتماماً بتأثير توزع الدخل على التماسك الاجتماعى.

ويزداد إدراك الناس فى الدول المتقدمة للتباين بين نجاح المجتمعات الحديثة المادى وإخفاقها الاجتماعي. ويوحى كون الصحة عديمة الارتباط تقريباً بمقاييس النمو الاقتصادى ومع ذلك على علاقة وثيقة بتوزع الدخل أنه لا بد من إعطاء الأولوية الآن لتلبية الاحتياجات الاجتماعية. وسيكون من الخطأ الاستجابة لهذا الوضع بالقول إن علينا أن ننسى التقدم المادى ونعالج فقط توزع الدخل وتحسن النسيج الاجتماعي للمجتمع. وفى حين أن وجهة النظر القائلة إن وضع النسيج الاجتماعي للمجتمعات الحديثة كثيراً ما يكون أكثر القيود ضغطاً على جودة الحياة ستلقى تأييداً واسعاً، من الهام إدراك أن الكثير مما له قيمة كبيرة فى مفهوم الحضارة يعتمد على النمو المادى على الأقل بصورة رخوة. وتتضح رخاوة هذا الارتباط من الطريقة التى نعتبر فيها تقدم الحضارة عملية تاريخية وليست اقتصادية – على الرغم من العلاقة الواضحة بين الجانبين. ويوحى تحليلنا للشكل (٣ – ١) أن له علاقة أكبر الآن بالتغير النوعى الحاصل مع مرور الزمن من علاقته بالنمو الاقتصادى الكمى الذى – على سبيل المثال – يفصل بين مستوى المعيشة فى اليونان وأيرلندا ومستواها فى الولايات المتحدة. وفى حين أنه من الواضح أن جميع هذه الدول أكثر تحضراً الآن مما كانت عليه قبل قرن، ليس من الواضح ما إذا كانت إحداها أكثر تحضراً من الأخريين و أنها حققت إنجازاً أكبر فى مجال الكرامة الإنسانية بين سكانها منهما، رغم الفوارق الكبيرة فى إجمالى الناتج القومى للفرد بينها. والتحسن بمرور الزمن، المصحوب بانعدام تفوق دولة متقدمة على أخرى فى أى وقت محدد، متفق إلى حد كبير مع لغز الشكل (٣ – ١).

إذا كان هذا صحيحاً بصورة تقريبية فهو يعنى ضمناً أن علينا أن نتخلى عن المساواة الخرقاء بين جودة الحياة والمعدل المتوسط لمستوى الاستهلاك المادى وأن ننزل مكانة النمو الاقتصادى من دوره كهدف مجتمعي. وفى مكانه يجب أن نقوم بوضع قيم للتحرر الإنسانى الاجتماعي والمادى موضع التنفيذ، بحيث نضمن أن توفر الفوارق الأقل فى الدخل الكرامة للجميع، وبذلك توفر قاعدة مادية تساعد التطور المناسب للحياة الاجتماعية فى مجتمعاتنا.

وضمن القيود البيئية على استعمال الموارد وإنتاج النفايات، لا يزال بإمكاننا الاستمتاع بالتقدم العلمى والابتكار الفنى. ومن أجل تحقيق تلك الأهداف؛ نحتاج إلى مجموعة جديدة من المقاييس الاجتماعية - الاقتصادية. فمن أجل لفت الانتباه إلى الزيادات الهامة فى المستويات المادية الناتجة عن التغير الكمى؛ نحتاج إلى مؤشرات أسعار معدلة على أساس الجودة بشكل مناسب، رغم المشكلات الفنية الضخمة. وقد يكون من الممكن أيضاً فصل مقاييس التحسينات النوعية فى البضائع والخدمات عن مقاييس استخدام الموارد وإنتاج النفايات.

ولكن كيف نتوصل إلى توزيع أضيق للدخل وتماسك اجتماعى أفضل؟ الخطوة الأولى هى أن يدرك السياسيون والجمهور أهمية هذه القضايا. ففى الوقت الراهن تكرَّس إدارة الاقتصاد القومى للسعى إلى أهداف اقتصادية بشكل لا يكاد يتيح مجالاً لأى شىء آخر. ولا بد لهذا أن يتغير. ولا بد للسياسات الخاصة بالتربية والتوظيف والبنية الصناعية وفرض الضرائب وإدارة الدورة الاقتصادية من الخضوع جميعاً للتقويم على أساس تأثيرها على العدالة الاجتماعية والانقسامات الاجتماعية. ولا بد أن يكون للإدارة الاقتصادية الهدف الصريح المتمثل فى زيادة التماسك الاجتماعى والجودة الاجتماعية للحياة.

وتبين التجربة التاريخية أن الإرادة السياسية لها دور حاسم. وبدلاً من أن يكون على التغييرات الضرورية فى السياسة أن تنتظر إلى أن يصبح الاقتصاد "مناسباً" وأن يتوافر ما يكفى لمثل هذه الكماليات الاجتماعية، شاهدنا فى الفصل السادس أنها فى بريطانيا فى زمن الحرب أصبحت من الضروريات. فإعادة توزيع الدخل، وضمان مستويات دنيا للجميع، والسياسات الهادفة لضمان ألا يقع عبء فرض ضرائب الحرب على الفقراء بصورة لا تناسب فيها، وتخفيض حجم البنية الهرمية الاجتماعية، وخطط التوسيع الشامل لدولة الرفاهة - كلها أصبحت ضرورية باعتبارها جزءاً من الجهد الساعى لكسب الحد الأقصى من التعاون فى المجهود الحربى. وليس هذا مثالاً منفرداً؛ فالكتاب الذى نشره البنك الدولى بعنوان **معجزة شرق آسيا** *The East Asian Miracle* (البنك الدولى ١٩٩٣) يحتوى وصفاً موجزاً للضغوط

السياسية التى أدت إلى تضييق لا يستهان به للفوارق فى الدخل فى الاقتصاد السريع النمو فى جميع الدول الآسيوية الثمانى (اليابان وجمهورية كوريا وتايوان وسنغافورة وهونج كونج وتايلاند وماليزيا وإندونيسيا. وكانت الصين التى كان من الممكن أن تكون الدولة التاسعة فى القائمة خارج الحالة التى يدرسها البنك). فمرة أخرى بدلاً من أن يبدو المقدار الأكبر من المساواة الاجتماعية من الكماليات التى لا يمكن للدول اقتناؤها إلا حين تصل إلى نقطة وهمية حيث تكون المشكلات الاقتصادية الأكثر إلحاحاً قد عولجت، فهو يبدو كسياسة لا تتبعها الحكومات - رغم أنها تعود بفوائد اقتصادية كبيرة (بيردزول وآخرون Birdsall *et al.* ١٩٩٥) - إلا كحل لأزمات سياسية. وفى فصل بعنوان "قاعدة مؤسساتية لنمو مشترك" يشرح البنك الدولى التحرك نحو مقدار أكبر من المساواة فى هذه الدول الآسيوية. ويقول إنه فى كل منها ما عدا اليابان:

> واجه سياسيون جدد حاجةً ملحةً لإثبات قدرتهم على البقاء قبل الانطلاق الاقتصادى. وكانت جمهورية كوريا معرضة لتهديد من الشمال، وتايوان مهددة من الصين، وتايلاند من فيتنام وكمبوديا. وفى إندونيسيا وماليزيا وسنغافورة وتايلاند، واجه القادة تهديدات شيوعية ضخمة. وإضافة إلى ذلك كان القادة فى إندونيسيا وكوريا وتايوان بحاجة - بعد تولوا السلطة - لإثبات قدرتهم على الحكم. وكان على قادة ماليزيا وسنغافورة مواجهة التنوع العرقى وما يرافقه من مسائل التمثيل السياسى. وحتى فى اليابان التى لم يكن التنافس فيها على القدر نفسه من الإلحاح؛ كان على القادة كسب ثقة الشعب بعد الهزيمة الساحقة فى الحرب العالمية الثانية. ففى كل الحالات إذن كان على القادة الإجابة عن سؤال أساسى هو: ماالذى يجعلهم أجدر بالقيادة من غيرهم؟ وأياً كانت الإستراتيجية التى اختارها قادة هذه الدول للإجابة عن تحدى الشرعية الأساسى، فهى تشتمل على **مبدأ النمو المشترك**.

(البنك الدولى ١٩٩٣، ص ١٥٧)

ويصف واضعو تقرير البنك الدولى السياسات التى هدفت بشكل صريح إلى إيجاد مساواة أكبر. وهم يشيرون أيضاً إلى أن معظم هذه السياسات لم تنطو على تحويلات مباشرة للدخل من الأغنياء إلى الفقراء، وإنما هدفت بدلاً من ذلك إلى التغلب على الحواجز والمعوقات التى أعاقت إنجاز الأشخاص الاقتصادى. ومن المداخل التى استعملوها الإصلاح الزراعى وإعادة توزيع الأراضى ونشر التعليم وزيادة فرص التوظيف والتدخل فى سوق الإسكان لتأمين مساكن قليلة التكلفة. لكنه من الواضح أن ما دفعهم إلى تلك السياسات كان - مثلما كانت الحال فى بريطانيا - إما الحرب أو التهديد بها، وتحدى المنافسين الشيوعيين، ومشكلات الشرعية الناجمة عن ذلك.

والحجة التقليدية التى تساق ضد المساواة هى الاقتراح الذى يتكرر كثيراً بأنها تنطوى على التضحية بالنمو الاقتصادى. ويقال لنا إن اختياراً يجب أن يتم بين المساواة والنمو، وأن فوارق الدخل الأقل ستقلل الحوافز. ولكن هناك الآن عدد من الدراسات التجريبية التى تبين أنه بدلاً من الاضطرار للاختيار بين المساواة والنمو، ينزع النمو لأن يكون أسرع حيث يوجد قدر أكبر من المساواة. فالدول الآسيوية الثمانى ذات الاقتصاد السريع النمو التى غطاها تقرير البنك الدولى تعطى أحد الأمثلة، فهى جميعاً ضيقت توزع الدخل فيها بين عامى ١٩٦٠م و١٩٨٠م. وحللت بيردزول وزملاؤها بعض الطرق التى ساعد فيها المقدار الأكبر من المساواة على النمو الاقتصادى (بيردزول وآخرون ١٩٩٥؛ البنك الدولى ١٩٩٣). ويرد مثال آخر فى بحث كتبه برسون Persson وتابيلينى Tabellini (١٩٩٤) يحتوى اختبارين منفصلين لتأثير عدم المساواة فى الدخل على معدل نمو إجمالى الإنتاج القومى للفرد. وأول الاختبارين هو تحليل تاريخى يعود من عام ١٩٨٥م إلى الزمن الذى تسمح به البيانات من مجموعة من تسع دول من منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية. والوحدات التى تخضع للمراقبة هى التغييرات خلال كل عشرين سنة فى كل من تلك الدول. ويستعمل الاختبار الثانى بيانات من سبع وستين دولة من ١٩٥٠م (أو ١٩٦٠م حين لا تتوافر بيانات قبل ذلك) إلى ١٩٨٥م. وتظهر نتائج كلا الاختبارين علاقة قوية تبين ارتباط الفوارق الأكبر فى الدخل بالنمو الأبطأ. ولكنها مثل بيردزول وزملائها تمكنت من إظهار أن اتجاه السببية هو من

المساواة إلى النمو. وقد استقى ألسينا Alesina وبيروتى Perotti (١٩٩٣) بيانات من نحو سبعين دولة بعضها متقدم وبعضها أقل تقدماً، ووجدا أن الاستثمار يتجه إلى الارتفاع فى الدول ذات الفوارق الأقل فى الدخل. وقد اقترحا أن اتساع فوارق الدخل يخفض الاستثمار بمساهمته فى الاضطراب السياسى. وختاماً وجد جلين Glyn أنه من بين مجموعة من ست عشرة دولة من منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية توفرت بيانات عنها لدى البنك الدولى، كان هناك اتجاه واضح بين الدول الأكثر مساواة إلى التمتع بزيادات أكبر فى إنتاجية العمال خلال الفترة ١٩٧٩-١٩٩٠م (جلين وميليباند Miliband ١٩٩٤).

وهناك طرق عديدة يرجح فيها أن يكون المقدار الأكبر من المساواة مفيداً للنمو، بما فى ذلك البعض الذى ينطوى على تأثيرات التغذية المرتدة التى تولد حلقات حميدة. فعلى سبيل المثال تؤكد بيردزول على كيف أن المساواة الأكبر فى الدخل والبطالة الأقل جعلتا العائلات تعطى قيمة أكبر للتعليم مما نشَّط النمو الاقتصادى. وهى تقول إنه من خلال زيادة الوفرة النسبية للعمالة المتعلمة وتراجع ندرة الذين تلقوا تعليماً عالياً؛ فإن التوسع التعليمى وخفض عدم المساواة فى فرص التعليم الذى تزامن مع ذلك التوسع؛ قلّلا من عدم المساواة فى توزع الدخل. وبقيام هذا بتغذية النمو الأسرع وانخفاض عدم المساواة فى الدخل؛ فإنه أدى إلى زيادة إضافية فى توفير التعليم وفى الإقبال عليه. ولكن حتى بتثبيت عنصر التعلم، وجدت بيردزول أن المساواة الأكبر فى الدخل ساعدت النمو فى تلك الدول الآسيوية. وهى تقترح أن ازدياد المساواة زاد أيضاً استثمار العائلات فى أشكال أخرى من رأس المال البشرى غير التعليم، وزاد من التأثير المضاعِف للزيادات فى الدخل التى ابتدأت فى مكان آخر من النظام الاقتصادى.

وتفرض عدم المساواة تكاليف كثيرة على الاقتصاد والمجتمع. فبالإضافة إلى الكتب التى بحثناها فى الفصول السابقة توجد كتب أخرىٰ تبحث الأدلة التى توفرها سلسلة من التكاليف الاقتصادية والاجتماعية (تايلر Tyler ١٩٩٠؛ جلين وميليباند ١٩٩٤). فانعدام المساواة يحول، بأكثر الصور جوهرية، نسبةً كبيرة من السكان من مساهمين فى رفاهة المجتمع الاقتصادية إلى عبء عليها. ولا حاجة لاستعراض جديد لآثارها على الصحة،

ورفاهة الأطفال العاطفية، والأداء التربوى، والحوادث والجريمة التى بحثناها فى فصول سابقة. ومع مواجهة الأنظمة الاقتصادية الحديثة لمنافسة عالمية متزايدة؛ فإن دولاً قليلة يمكنها أن تتحمل إهدار موارد بشرية قيمة من إمكانياتها بالإخفاق فى القيام بالاستثمارات التربوية الضرورية. وبحرمان الناس من فرصة اختبار ذاتهم كأعضاء ذوى قيمة فى المجتمع يسهمون فى الاقتصاد؛ لا يبقى لديهم خيار سوى أن يضيفوا إلى نفقات التأمينات الاجتماعية. ولكن الأمر لا يقتصر على هذه الطرق الواضحة والممكن إحصاؤها التى يتم بها تحويل مساهمين محتملين إلى عالة على المساعدات، ولا هو حتى التكاليف البشرية التى لا يمكن إحصاؤها والناجمة عن الحياة المصابة بالآفات، ومشاعر عدم الاطمئنان، والإحباط التى يسببها الفقر النسبى. فمن المحتمل أن أهم التأثيرات على الكفاءة الاقتصادية هو انخفاض النوايا الطيبة والتعاون بين الجمهور بأكمله؛ فالموظفون الذين يشعرون بالمرارة والعداء تجاه رب العمل سيكونون أقل إنتاجاً من الأشخاص الذين يلقون التقدير كأعضاء فى فريق تعاونى ويشعرون بوجود هدف لعملهم. ومن المرجح أن تعمل بعض العمليات نفسها فى المجتمع بأسره؛ فتحول لذة التعاون المتبادل إلى ما توله روح العداء من نزعة للتدمير وعدم كفاءة.

إننا نعيش بصورة متزايدة ضمن ما يمكن تسميته بمجتمع "النقود والمفاتيح". فحين نغادر حدود منازلنا؛ نواجه العالم بالرمزين الكاملين لطبيعة علاقاتنا فى الشارع. فالنقود تجهزنا للاشتراك فى التعاملات التى تتحقق عن طريق السوق، فى حين تحمى المفاتيح مكاسبنا الخاصة من الحسد والطمع الصادرين عن كل منا تجاه الآخر. وما يضيف إلى القوة الاجتماعية لهذه الترتيبات هو أنها بدلاً من أن تكون هامشية فى حياتنا فهى المبادئ المنظمة لنظام الإنتاج والاستهلاك الذى تجاوز كل الأنظمة فى مدى الاعتماد المتبادل فيه. وعلى الرغم من أننا نعتمد كلياً بعضنا على بعض فى أرزاقنا، فهذا الاعتماد المتبادل قد حُوِّل من كونه عملية اجتماعية إلى عملية يحفظ كل منا فيها مصالحه فى محاولة لانتزاع رزقه من بيئة غير اجتماعية. والآخرون، بدلاً من أن يكونوا أشخاصاً نرتبط معهم بروابط اجتماعية، ونشترك بمصالح مشتركة؛ يصبحون منافسين لنا، على الوظائف والمنازل والأمكنة والمقاعد فى الحافلات وأماكن صف السيارات. ومع ذلك فإننا باعتبارنا كائنات

اجتماعية لا نستطيع معاملة الآخرين فى حلبة الحياة العامة على أنهم ببساطة جزء من البيئة الطبيعية، فبدلاً من ذلك هناك عمليات المقارنة الاجتماعية - سواء كانت نتيجتها لمصلحتنا أو العكس - التى تعنى أن كل شىء خاضع للمراقبة المتواصلة. ونحن نشعر بجرح مشاعرنا وبالغضب وبالاستخفاف بنا وبالانزعاج بالتفوق وأحياناً أثناء قيام عمليات التمييز الاجتماعى والاستبعاد الاجتماعى بالتغلغل بيننا. وحين نضيف إلى ذلك الحالات الرئيسية من عدم المساواة المادية والظلم الاجتماعى التى توجد فى مجتمعنا؛ نحصل على صيغة قلما تساعد على الوصول إلى النظام الاجتماعى الأكثر كفاءة وانسجاماً.

وكتاب تيتموس Titmuus **علاقة الهدايا: من دم الإنسان إلى السياسة الاجتماعية** (١٩٧٠) الذى يقارن أنظمة جمع الدم لنقله للمرضى فى بريطانيا والولايات المتحدة هو دراسة توضح بصورة جميلة دقة العلاقة بين السوق والفقر والتماسك الاجتماعى والصحة. فبوجود الخدمة الصحية الوطنية التى تجعل العناية الطبية مجانية للجميع؛ لا توجد فى بريطانيا سوق للدم. ويتبرع المتبرعون بدمائهم دون الحصول على أية مكافآت مادية أو إغراءات ويعطى الدم مجاناً للمرضى الذين يحتاجون إليه. وتعتمد خدمة نقل الدم الوطنية كلياً على شكل من الروح الجماعية تجعل الناس مستعدين للتبرع بدمائهم من خلال خدمة صحية غير تجارية لمتلقين مجهولين. وعلى النقيض من ذلك، كان الدم فى الولايات المتحدة الأمريكية فى أواخر الستينيات من القرن العشرين حين أجريت الدراسة - يجمع وفق عدد من الترتيبات المختلفة، لكن نسبة متزايدة منه كانت تجمع من قبل بنوك دم تعمل من أجل الربح، فتدفع لمن يعطى الدم وتبيعه للمستشفيات حيث يعطى للمرضى الذين يدفعون ثمناً له. وتعنى الفوارق فى الطريقة التى يعمل بها النظامان أن الدم يجمع من مصادر مختلفة جداً فى كل من المجتمعين. ففى بريطانيا كان يجمع من مجموعة تقترب من أن تكون مقطعاً عرضياً للمجتمع - باستثناء تمثيل أعلى بدرجة طفيفة للمجموعات الأعلى دخلاً وسياسة استبعاد كبار السن والحوامل والمرضعات. وفى الولايات المتحدة، تبين أنه من الذين باعوا دمهم "كانت الأغلبية العظمى من الرجال من العمال غير المهرة أو متوسطى المهارة أو من المهاجرين ذوى الكسب الضئيل أو العاطلين عن العمل" (تيتموس ١٩٧٠، ص ١٢٦). وحصلت

بعض بنوك الدم التجارية على احتكار متفق عليه لجمع الدم من السجون وأعطى سجناء بعض الولايات تخفيف بضعة أيام من مدتهم مقابل كل مقدار من الدم يتبرعون به. "والكثير من بنوك الدم التجارية التى كثيراً ما تفتح أبوابها من الساعة (٧:٣٠) صباحاً إلى منتصف الليل تتمتع بموقع أفضل لجذب دخول المشاة إليها لأن واجهاتها تقع فى الأحياء الفقيرة. وفى عام ١٩٦٦م ابتاعت المستشفيات التطوعية والخاصة (٤٧٣٢٠) لتراً من الدم المجمَّع فى شوارع المنحرفين من محلات بيع الدم البالغ عددها (٣١) فى مدينة نيويورك (المصدر نفسه، ص ١٢٧). (كان ذلك أعلى بقليل من (٤٠) بالمائة من إجمالى الدم الذى تم جمعه فى مدينة نيويورك.)

لكن النقطة ليست بصورة أساسية أن ذلك أدى إلى جمع كميات دم ردىء النوعية من أشخاص لديهم معدلات أعلى من التهاب الكبد والأمراض الزهرية واليرقان وإدمان المخدرات والكحول (ما يسمى بمتبرعى "الأجرة من أجل السكرة")، ولديهم مصلحة فى عدم ذكر أوضاعهم. كما أن القصد ليس أن هذا أدى إلى نسبة أعلى بكثير فى معدلات وفيات المرضى الذين تلقوا دماً منقولاً فى الولايات المتحدة؛ فالنقطة الأساسية فى السياق الحالى هى أن الخدمة الصحية غير التجارية التى أمنت للمرضى الرعاية الطبية والدم مجاناً وفقاً لاحتياجاتهم، ولدت استعداداً لدى الشعب للقيام بتبرعات بالدم تطوعية كلياً لمتلقين مجهولين على مستوى كبير إلى حد كافٍ لتلبية احتياجات المجتمع من الدم (بلغت نسبة المتبرعين ١ إلى ٣٠ من مجموع السكان القادرين على التبرع). وعلى الأساس نفسه تمكنت الخدمة الصحية الوطنية من استنفار رصيد من النوايا الطيبة لتأمين سلسلة من الأنظمة الأخرى من المساعدة التطوعية تتراوح من خدمة السيارات للمستشفيات والمتطوعين للعمل فى المستشفى إلى التبرع بالأعضاء.

فى كثير من مجالات الحياة يكون الناس على استعداد للقيام بأعمال تطوعية للمؤسسات الخيرية والمؤسسات التى لا تسعى للربح. وهناك احتمال كبير فى أن يقوموا بالأعمال التى يتقاضى غيرهم أجوراً عليها فى أماكن أخرى من النظام الاقتصادى. لكن ليس بإمكان منظمة تجارية تحقق الأرباح – أياً كان مجال عملها تقريباً – أن تجند مساعدة تطوعية.

ومهما كانت القضية تستحق المساعدة؛ فإن بذل عمل المرء بشكل تطوعى لمنظمة تحقق الأرباح غير مقبول؛ إذ سيشعر الناس أنهم يتعرضون للاستغلال. ومما يثير الاهتمام أنه حين تمت خصخصة المرافق العامة - وبخاصة شركات المياه - فى بريطانيا فى الثمانينيات وأوائل التسعينيات من القرن العشرين، حدثت خسارة واضحة لموقف الناس المتعاون معها. فإذا كان تزويد الماء سيتم على أساس تحقيق الأرباح يقل استعداد الناس لتقليل استهلاكهم فى فترات الجفاف للمساعدة فى الحفاظ على مستويات الماء فى المستودعات. وبدلاً من التقشف فى استخدام الماء باعتباره جزءًا من استعداد تطوعى للحفاظ على مخزون المجتمع منه؛ صار على الشركة أن تعالج مشكلاتها وأن تؤمن للناس الخدمة التى يدفعون للحصول عليها - مهما كانت الصعوبات. وفى جميع الحالات تقريباً أدت خصخصة المرافق التى سبق تأميمها إلى انخفاض فى تسامح الشعب: فبغض النظر عما يحدث لمستويات الخدمة، كانت هناك زيادات كبيرة فى عدد الشكاوى التى تسلمتها الشركات.

وما يؤكد عليه تيتموس فى دراسته للمتبرعين بالدم هو أن الأنظمة التى تسمح بالتبرع التطوعى وتطلبه لا تخلق فرصاً للناس للتعبير عن ذواتهم وتحقيقها من خلال الإيثار والروح الجماعية فحسب، بل تولد أيضاً مجتمعاً أخلاقياً متماسكاً من نوع ما وتقويه. ومن الجدير بالتذكر أن ما قد يبدو قضايا بعيدة عن البنية الرسمية للمنظمات وعن تكوينها قد يكون له تأثير كبير على طريقة تلاؤمها مع المجتمع، أى ما إذا كانت تسهم فى الإحساس بالمشاركة وبالهدف المشترك وبالتضامن الاجتماعى أم لا. ولا شك أن توفير أنظمة تتسم بالمساواة فى التعليم والرعاية الصحية والنقل والماء والخدمات الأساسية الأخرى لجميع المواطنين يسهم فى الشعور بالانتماء للمجتمع.

وفى حين أن مثال المتبرعين بالدم هو مثال ممتاز على طريقة واحدة على الأقل من الطرق التى يمارس التماسك الاجتماعى فيها تأثيراً مباشراً على الصحة؛ فإن تيتموس كان حريصاً أيضاً على تأكيد أن نظام التبرع التطوعى أكثر فعالية من النظام التجارى من جميع الأوجه. فتكلفته الاجتماعية أقل من حيث الأشخاص الذين يؤخذ الدم منهم، وتكلفته الإدارية أقل، وهو أرخص من الناحية الاقتصادية، كما أنه أكثر سلامة بالنسبة للمرضى.

ولا يمكن أن يوجد شك كبير فى أن الأنظمة الاقتصادية التى تدمر روح التعاون الاجتماعى قد تجلب لنفسها تكاليف إضافية عالية جداً نتيجة لذلك. فعلى الرغم من أن تقريراً رسمياً عن تكاليف الجريمة تجنب جمع التكلفة التقديرية للبنود المختلفة، تم تقديرها فى مكان آخر بأنها تبلغ (١٠) بالمائة من الدخل القومى فى المملكة المتحدة (كِلى Kelly ١٩٩٣؛ المؤتمر الدائم لمنع الجرائم Standing conference on crime prevention ١٩٨٨). وقد كان أحد أكثر حقول التوظيف سرعة فى الولايات المتحدة فى الثمانينيات من القرن العشرين هو الأعداد الإضافية من حراس الأمن ومن الفراشين. لكن هناك تكاليف ضخمة للوقاية من الجريمة لا تندرج فى أى من التقديرات. بل لا شك أن إجمالى تكاليف تشغيل النظام النقدى بما فيه من المحاسبين وآلات النقود والتسعير ونقاط الشراء فى المتاجر وموظفى حسابات الأجور هو جزء من التكلفة الإدارية فى تشغيل نظام إنتاجى حديث تعتمد أجزاؤه بعضها على بعض ولا يستند إلى التعاون الاجتماعى. وكلما انخفض مستوى الثقة والتعاون؛ يزداد ارتفاع تكلفة النظام. كم تبقى من الوقت مثلاً قبل أن تضطر محطات البنزين لوضع حواجز آلية لمنع السائقين من المغادرة قبل دفع ثمن البنزين؟

وعلى الرغم من أن بوتنام Putnam يقارن رأيه حول "المجتمع المدنى" المتطور بصورة جيدة مع "الأسرية اللاأخلاقية" فى المجتمع التى تخضع الحياة العامة فيه لسيطرة المصالح الشخصية والنظرة الساخرة؛ فقد جاء ذلك المفهوم من دراسة بانفيلد Banfield لمجتمع الفلاحين فى جنوب إيطاليا فى الخمسينيات من القرن العشرين. ومن المحتمل أن نظرة أنسب للحياة العامة فى مجتمع متقدم فيه مستويات أدنى من رأس المال الاجتماعى لا تأتى ببساطة من نمو المشكلات المتعلقة بالفقر النسبى وإنما من شىء أقرب إلى مفهوم راثبون Rathbone عن "المجتمع المجرم". فمثلما أن روز Rose اقترح أن التوزع الإجمالى لتعرض السكان لعوامل الخطر الصحية يتحرك إلى الأعلى أو إلى الأسفل ككل، يبدو أن الكاتب جوليان راثبون المختص بالجرائم لديه نظرة مماثلة حول مستويات الإجرام وكونها تعكس المزاج الأخلاقى للمجتمع. وهو يقول:

إننا نعيش فى مجتمع مجرم. وأعنى مجتمعاً مجرماً من حيث البنية. فلو حذفنا من اقتصادنا كل أثر لاستغلال العالم الثالث وعملنا نشطين فى الاتجاه المعاكس . . . ولو تخلصنا من جميع التلوث غير الضرورى . . . ولو قضينا على جميع آثار التمييز بين الجنسين وعلى العنصرية . . . ولو كان لدينا جهاز شرطة ورجال كهنوت وهيئة قضائية ومجلس نواب يمكننا احترامهم والثقة بهم . . . ولو قضينا على جميع أشكال الجريمة التى يرتكبها ذوو الياقات البيضاء . . . ولو توقفنا عن بيع أسلحة الدمار للقتلة المجانين . . . ولو كان هناك حزب مفرد واحد مهتم بالعدالة البنيوية وليس بالوصول إلى [مقاعد الحكم] . . . ولو، ولو، ولو، لربما استطعنا القول إن مجتمعنا ليس مجرماً من حيث البنية.

(راثبون ١٩٩٥، ص ٣٥)

لقد أظهرت لنا الآثار الصحية لعدم المساواة مدى عمق تأثر الناس بهذه المعالم البنيوية فى مجتمعنا. بل والأكثر أهمية من زيادة السنوات القليلة التى ستضيفها الدرجة الأعلى من المساواة لمتوسط طول العمر المتوقع هو التحسن فى الجودة الاجتماعية للحياة الذى ستحققه لنا أيضاً. وتكاليف عدم المساواة ليست فقط تكاليف نجلبها لأنفسنا بدون استفادة اقتصادية، لكن كل المؤشرات تبين أنها تفرض عبئاً اقتصادياً كبيراً يخفض روح التنافس فى المجتمع بأسره.

من الواضح أن العبء النفسى – الاجتماعى الذى حددناه الآن هو أهم قيد يحدّ من جودة الحياة فى المجتمعات الحديثة. فبدلاً من التفكير فى أن الهدف الأول الذى تطمح الحكومة إليه هو النمو الاقتصادى ورفع المستوى المادى للمعيشة؛ من الهام أن ننظر إلى فوائد ذلك نظرة أكثر تمييزاً. ولا شك فى أن اقتراح أن الروابط بين عدم المساواة فى الدخل والصحة تعمل بصورة أساسية من خلال سبل نفسية – اجتماعية، وأن المجتمعات الأكثر مساواة تتمتع بقدر أكبر من التماسك الاجتماعى – لا شك أن اقتراح ذلك سيجعل البعض يعتقد أن من الممكن تجاوز المساواة والانطلاق فوراً إلى محاولات تحقيق تحسينات فى

التماسك على المستوى النفسى - الاجتماعى. وعند التصدى للسلسلة المتزايدة من المشكلات الاجتماعية التى يطرحها الافتقار إلى التماسك وإلى العدالة الاجتماعية، هناك دائماً نزعة للمطالبة بخدمات جديدة للتعامل معها. ولكن كما رأينا فى الفصل الثانى، رد الفعل هذا باهظ التكلفة وكثيراً ما يكون عديم الفعالية. فبدلاً من الاعتماد على توفير المزيد من الفصول التى تلبى احتياجات خاصة فى المدارس، والمزيد من السجون والشرطة، والمزيد من الأخصائيين الاجتماعيين والخدمات الصحية، والمزيد من الاستشاريين وأخصائيى العلاج النفسى، علينا أن نلتفت إلى جذور بعض الأسباب والمشكلات الرئيسية التى يحاول جميع هؤلاء التصدى لها. وحتى لو كان بوسعنا توفير جيوش ضخمة من الاستشاريين وأخصائيى تنمية المجتمع مع فريق صغير لكل شارع، لا يوجد سبب للاعتقاد أنه من الممكن فصل الأسباب البنيوية عن أعراضها الاجتماعية. والمعنى الضمنى المهم للروابط التى أوضحت فى الفصول السابقة هو عكس ذلك تماماً. فأخيراً لدينا متغير سهل الانقياد للسياسة العامة وقادر على تحسين الرفاهة النفسية - الاجتماعية للسكان بأكملهم. وفى حين أن السياسيين سيسعون بلا شك للاحتماء خلف أية مجموعة من الأسباب لعدم استطاعتهم إحداث أى تأثير ذى وزن على توزع الدخل؛ فإن الأدلة من تجربة بريطانيا وعدد من الدول الأخرى تدل أيضاً على عكس ذلك: فتوزع الدخل لا يتقارب إلا حين تعتقد الحكومات أنها لا تستطيع تحمل عدم تقاربه. ولكن مع ازدياد معرفتنا لتأثيراته الاجتماعية والاقتصادية والبشرية، ومع ازدياد إدراك الناس لتكاليف عدم القيام بأى شىء؛ يبدو من الأرجح أن يتم العثور على الحل السياسى.

وربما كانت ثلاث نقاط ذكرت فى الفصل الثانى تستحق التكرار باعتبارها تعطى بعض المبررات للتفاؤل. تتعلق النقطة الأولى بالازدياد غير العادى الذى حدث فى وعى الناس لحالات عدم المساواة الصحية خلال السنوات العشرين الأخيرة. فبصورة أولية عندما كان موضوع الفوارق الطبقية الاجتماعية فى معدلات الوفيات يطرح فى محادثات مع الأطباء والأشخاص الآخرين ذوى العلاقة بالرعاية الصحية، كان السؤال الأول الذى يُسأل هو الاتجاه الذى تسير به الفوارق. فحتى بين أصحاب المهن ذات العلاقة بالصحة لم يكن هناك إدراك؛ لأن مستويات الصحة كانت أسوأ بكثير فى المراتب الدنيا من السلم الاجتماعى.

ومنذ ذلك الحين أصبحت العلاقة بين الفقر وصحة الناس أمراً معروفاً لدى الجميع، وأصبح الاحتمال أكبر في أن يتساءل الناس عما إذا كان هناك شيء يجب أن يقال حول الموضوع ولم يسبق قوله. وهذا التحول في وعي الجمهور حدث نتيجة لتغطية وسائل الإعلام المتكررة للسلسلة المتصلة من نتائج الأبحاث حول أوجه مختلفة كثيرة لحجم الفوارق الصحية ومسبباتها.

والسبب الثاني للتفاؤل يتعلق برد فعل السياسيين على الاهتمام العلني الموجه لخطر هبوط حرارة الجسم. فمعرفة احتمال وفاة الكبار في السن في فصول الشتاء الباردة نتيجة عدم قدرتهم المادية على الحصول على تدفئة كافية لم يؤد فقط إلى عناوين رئيسية في الصحف تلفت الانتباه إلى تلك الفضيحة كلما حل شتاء بارد، بل دفع ذلك السياسيين أيضاً، الذين يمضون معظم وقتهم في استعراض رغبتهم في إجراء تخفيضات في النفقات العامة كما لو كانت رمزاً للفحولة، لاتخاذ خطوتين: الأولى التصويت بالموافقة على نظام خاص من الإعانات التي تصرف لدى حلول الطقس البارد للمحالين على المعاش والأشخاص الذين يحصلون على إعانة مكملة لدخل الأسرة، والثانية محاربة الحكومات التي يشتركون فيها في محاولة لإفشال إضافة ضريبة القيمة الإضافية على فواتير الوقود. ولم تحصل الحكومة في نهاية الأمر على الدعم منهم إلا بعد الموافقة على التدرج البطيء في فرض الضريبة في الوقت الذي يجري فيه تعويض الأشخاص الأقل ثراء عن التكلفة الإضافية. وإذا حدث انتشار مماثل في إدراك أن انخفاض حرارة الجسم كان مجرد قمة الجبل الجليدي، وأن الفقر النسبي وعدم المساواة مسئولان عن آلاف كثيرة من الوفيات الإضافية كل عام، فمن المحتمل أن يشعر السياسيون أنهم مضطرون للانحناء مرات أكثر لرأي الجمهور حول تلك القضايا.

والسبب الثالث للتفاؤل هو أن الكثير من نتائج المقدار الأكبر من عدم المساواة التي بحثناها في هذا الكتاب لا تؤثر على الفقراء وحدهم. والعمل لا يعتمد على مجرد اهتمام إيثاري برفاهة إحدى الأقليات. ولا يمكن للأكثرية أن تتمتع بالحياة غافلة عن هذه المشكلات؛ فهي تؤثر في جودة حياتنا جميعاً.

قائمة المصطلحات

الأبهر	Aorta
الأخلاقية الاجتماعية	Social morality
إل إس دى (دايثيلاميد الحمض الليزرجى)	LSD
الأمراض الاستقلابية	Metabolic diseases
أمراض التغذية	Nutritional diseases
الأمراض التنفسية	Respiratory diseases
الأمراض التنكسية	Degenerative diseases
الأمراض الدورانية	Circulatory diseases
الأمراض السارية	Infections
الأمراض الطفيلية	Parasitic diseases
أمراض الغدد الصماء	Endocrine diseases
الأمراض القلبية الوعائية	Cardiovascular diseases
أمفتامين	Amphetamine
إنسولين	Insulin
الأنفلونزا	Flu
اجتماعى - اقتصادى	Socioeconomic
الاحتشاء العضلى القلبى	Myocardial infarction
اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة	Multiple Risk Factor Intervention Trial
ارتباط	Correlation
استبدال الورك	Hip replacement
الاضطرابات المناعية	Immunity disorders
التهاب القصبات	Bronchitis
التهاب الكلوة	Nephritis
التهاب المفاصل	Arthritis
انتشار الفقر	Trickle-up
الانتشار، انتشار الربح	Trickle-down
البدانة فى الوسط	Central obesity
بروتين شحمى	Lipoprotein

Post-traumatic	بعد الصدمات العاطفية
Spore	بوغ (جمعها أبوا غ)
Beta-endophrin	بيتا إندورفين
Empirical	تجريبى
Epidemiological transition	التحول الوبائى
Reintegrative shaming	التخجيل
Shaming	التخجيل المعيد للاندماج
Gradient	تدرج، درجة ميل
Cirrhosis	التشمع، التشمع الكبدى
Credit rating	التصنيف الائتمانى
Count	تعداد
Vulnerability	تعرّض
Pain relief	تفريج الآلام
Disintegration	تفسخ
Guesstimate	تقدير تخمينى
Fashion	تقليعات الأزياء
Cohesion	تماسك
Degeneration	تنكس
Standardization	تنميط
Thymus	التوتة (الغدة الصعترية)
Economies of scale	توفيرات الجملة
Choral club	جمعية الغناء الجماعى (جمعية الجوقة)
Neuroendocrine system	جهاز الغدد الصماء العصبى
Cannabis	الحشيش
Measles	الحصبة
Hippocampus	الحصين
Chickenpox	الحماق
Virus	حمة (جمعها حمات)
Scarlet fever	الحمى القرمزية
Hay fever	حمى الكلأ
Community life	حياة مشتركة

Exogenous	خارجي المنشأ، خارجى
Senile dementia	الخبل
Function	دالة
Diphtheria	الدفتريا
Varicose	الدوالي
Business cycle	دورة تجارية
Subjectivity	الذاتية، النزعة الذاتية
Cataract	السادّ (إعتام عدسة العين)
Psychological pathways	سبل نفسية
Corticosteroid	ستيرويد قشرى
Steroid	ستيرويد، ستيرويدى
Thyroid cancer	السرطان الدرقى
Interface	السطح المشترك (البينى)
Whooping cough	السعال الديكى
Stroke	سكتة
Tuberculosis	السل
Toxicity	سُمّيَة
Coronary artery	شريان إكليلى
Trauma	صدمة
Inequalities	صور (حالات) عدم المساواة، التفاوتات
Jigsaw (puzzle)	الصورة – الأحجية
Lipid profile	صيغة شحمية
Negative income tax	ضريبة دخل سلبية
Atrophy	ضمور
Modus vivendi	طريقة تعايش
Determinant	عامل محدد
Income gearing factor	عامل تكييف الدخل
Risk factor	عامل خطر
Inequality	عدم المساواة، التفاوت
Anomic	عديم الهوية
Attribution	عزو

عصابى	Neurotic
عصبون	Neurone
العصبية العائلية	Familism
عفن	Mould
عقار النشوة (المثلين دايوكسيمثامفتامين)	Ecstasy
العقاقير المؤثرة فى النفس	Psychoactive drugs
العقاقير المحررة من الخجل	Disinhibitors
العقاقير المُرخية	Relaxants
عقْدى	Decennial
علم الإنسان (الأنثروبولوجيا)	Anthropology
علم الوبائيات	Epidemiology
العمر المتوقع	Life expectancy
العمر المتوقع عند الولادة	Life expectancy
عنصر محدِّد	Limiting component
غامض	Idiopathic
غير صحى	Unhealthy
فبرينوجين	Fibrinogen
فتق	Hernia
فرط النشاط	Hyperactivity
فرط ضغط الدم	Hypertension
الفطر السحرى	Magic mushroom
فوعة (خبث)	Virulence
فى طور الوداق	Oestrus
قابل للتغير	Mutable
قابلية التحرك الاجتماعى	Social mobility
قرحة	Ulcer
قرحة عفجية	Duodenal ulcer
قرد كلبى	Baboon
قردة الريّص	Rhesus monkeys
قردة من نوع الفرفت	Vervet monkeys
القِزَم النفسى الوراثى	Psychogenic dwarfism

Values of the market	قيم السوق
Suppressive	كابت
Adrenal	كظرى
Nephrosis	الكُلاء
Cortisol	كورتيزول
Lymphocyte	لمفاوى
Lumen	اللومن (وحدة لقياس الضوء)
Athlete's foot	مرض قدم الرياضى
Chronic	مزمن
Coefficient	معامل
Cohesive	متماسك
Coronary heart disease	مرض القلب الإكليلى
Correlation coefficient	معامل الارتباط
Determinant	محددة
Egalitarian	متساو، نعمة المساواة
Epidemic	مرض معدٍ
Equivalence scale	مقياس المساواة
Family Expenditure Survey	مسح المصروفات العائلية
Gene	مورثة
Gini coefficient	معامل جينى
Immunological	مناعى
Matrix	مصفوفة
Norm	معدل إحصائى، قاعدة سلوك
Randomized	معشَى
Receptor	مستقبلة
Regression coefficient	معامل الانحدار
Slope index of inequality, the	مؤشر ميل عدم المساواة
Solvent	مذيب
Rotary club	نادى الروتارى
Bird-watching club	نادى مراقبة الطيور
Pituitary	نخامى

Individualism	النزعة الفردية
Propensity	نزوع
Social fabric	النسيج الاجتماعى
Pecking order	نظام نقرى
Hierarchy	نظام هرمى، هرم
Monetarism	النقدية
AIDS	نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
Bulimia	النهام (الشره المرضى)
Bout	نوبة
Species	نوع، أنواع
Hypothermia	هبوط حرارة الجسم
Growth hormone	هرمون النمو
Glucocotrocoids	الهرمونات القشرانية السكرية
Cholera	الهيضة (الكوليرا)
Genetic	وراثى
Myxomatosis	الورام المخاطى
Hypothalamic	وطائى
Jaundice	يرقان

قائمة المراجع

Action on Smoking and Health. *Her share of misfortune*. ASH, London. 1993.

Advisory Centre for Education. *Findings from the ACE investigations into exclusions*. ACE, London. 1993.

Alesina, A. and Perotti, R. *Income distribution, political instability, and investment*. NBER Working Paper 4486. National Bureau of Economic Research, Cambridge, Mass. 1993.

Andrews, E. Japanese gangs learn to say sorry. *The Guardian*, 7 September 1995.

Antonovsky, A. Can attitudes contribute to health? *Advances* 8: 33–49. 1992.

Aoki, M. and Dore, R.P. (eds) *The Japanese firm: sources of competitive strength*. Oxford University Press, Oxford. 1994.

Arber, S. Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in the health debate. *British Medical Journal*, 294: 1069–73. 1987.

Atkinson, A.B. and Micklewright, J. *The distribution of income in Eastern Europe*. Working paper 72, Welfare State Programme, LSE, London. 1992a.

Atkinson, A.B. and Micklewright, J. *Economic transformation in Eastern Europe and the distribution of income*. Cambridge, Cambridge University Press. 1992b.

Backlund, E., Sorlie, P.D. and Johnson, N.J. The shape of the relationship between income and mortality in the United States: evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology* 6: 12–20. 1996.

Balkwell, J. Ethnic inequality and the rate of homicide. *Social Forces* 69: 53–70. 1990.

Banfield, E.C. *The moral basis of a backward society*. Free Press, Glencoe, Ill. 1958.

Bartley, M. Unemployment and ill-health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health* 48 (4): 333–7. 1994.

Bartley, M. and Plewis, I. Relationship between social mobility and illness

in England and Wales 1971–91. *Journal of Health and Social Behaviour*. Forthcoming 1996.

Bayley, D.H. *Forces of order: police behavior in Japan and the United States*. University of California Press, Berkeley. 1976.

Beckerman, W. *Small is stupid: blowing the whistle on the Greens*. Duckworth, London. 1995.

Bem, D. Self perception theory. In: *Advances in experimental social psychology*, Vol. 6. Edited by L. Berkowitz. Academic Press, NY. 1972.

Ben Shlomo, Y., White, I.R. and Marmot, M. Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? *British Medical Journal* 1996; 312: 1013–14.

Bennathan, M. and Smith, H. The state of services for children in London. *Young Minds Newsletter* 8: 10–12. 1991.

Bennet, G. British floods 1968: controlled survey of effects on health of local community disaster. *British Medical Journal* 3: 454–8. 1970.

Berkman, L.F. The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Research* 57: 245–54. 1995.

Berkman, L.F. and Syme, S.L. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 109: 186. 1979.

Birdsall, N., Ross, D. and Sabot, R. Inequality and growth reconsidered – lessons from East-Asia. *World Bank Economic Review* 9 (3): 477–508. 1995.

Blane, D., Davey Smith, G. and Bartley, M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*; 15: 1–15. 1993.

Blaus, J. and Blaus, P. The costs of inequality: metropolitan structure and violent crime. *American Sociological Review* 47: 121. 1982.

Blaxter, M. *Health and Lifestyles*. Routledge, London. 1990.

Bourdieu, P. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Routledge, London. 1984.

Braithwaite, J. *Inequality, crime and public policy*. Routledge, London. 1979.

Braithwaite, J. *Crime, shame and reintegration*. Cambridge University Press, Cambridge. 1989.

Braithwaite, J. and Braithwaite, V. The effect of income inequality and social democracy on homicide. *British Journal of Criminology* 20 (1): 45–53. 1980.

Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., *et al*. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology* 117: 521–37. 1983.

Brown, G.W. Social class, psychiatric disorder of mother, and accidents to children. *Lancet* 1: 378. 1978.

Bruhn, J.G. and Wolf, S. *The Roseto Story*. University of Oklahoma Press, Norman. 1979.

Brunner, E. The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers. In: *Health and Social Organisation*. Edited by Brunner, E., Blane, D. and Wilkinson, R.G. Routledge, London. 1996.

Building Societies Yearbook 1993/4. As quoted in: *Moneywise*, p. 36, October 1993.

Bunker, J.P., Frazier, H.S. and Mosteller, F. Improving health: measuring effects of medical care. *Millbank Quarterly* 72 (2): 225–58. 1994.

Burgoyne, J. Unemployment and married life. *Unemployment Bulletin* 18: 7–10. 1985.

Burnet, F.M. and White, D.O. *The natural history of infectious disease*. 4th edn. Cambridge University Press, Cambridge. 1972.

Cameron, D. and Jones, I.G. An epidemiological and sociological analysis of the use of alcohol, tobacco and other drugs of solace. *Community Medicine* 7: 18–29. 1985.

Champoux, M., Coe, C.L., Shanberg, S., Kuhn, C. and Soumi, S.J. Hormonal effects of early rearing conditions in the infant rhesus monkey. *American Journal of Primatology* 19: 111–17. 1989.

Clifford, W. *Crime control in Japan*. Lexington Books, Lexington, Mass. 1976.

Cobb, S. and Kasl, S.C. *Termination: the consequences of job loss*. Cincinnati: Department of Health, Education and Welfare – US National Institutes for Occupational Safety and Health, publication no. 77–224, US NIOSH. 1977.

Cohen, S., Tyrrell, D.A.J. and Smith, A.P. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine* 325: 606–12. 1991.

Conduit, E.H. If A–B does not predict heart disease, why bother with it? A clinician's view. *British Journal of Medical Psychology*. 65: 289–96. 1992.

Creighton, S.J. *Child abuse trends in England and Wales 1988–90 and an overview from 1973–1990*. NSPCC, London. 1992.

Crutchfield, R. Labor stratification and violent crime. *Social Forces* 68: 589–612. 1989.

Currie, E. *Confronting crime*. Pantheon, NY. 1985.

Daley, H.E. and Cobb, J.B. *For the Common Good*. Green Print, London. 1990.

Davey Smith, G., Shipley, M.J. and Rose, G. Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44: 265–70. 1990.

Davey Smith, G., Neaton, J.D. and Stamler, J. Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. White men. *American Journal of Public Health* 1996. 86: 486–96.

Deci, E.L. Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology* 18: 105–15. 1971.

DeMause, L. (ed.) *The History of Childhood*. Condor, London. 1974.

Department of Health. *On the state of the public health. Annual report of the chief medical officer 1990*. HMSO, London. 1991.

Department of Health. *Health Survey for England 1991*. HMSO, London. 1993.

Department of Social Security. *Households below average income* 1979–1990/1. HMSO, London. 1993.

Dore, R. *British factory – Japanese factory. The origins of national diversity in industrial relations*. University of California Press, Berkeley. 1973.

Dore, R. Seminar, 20 June, International Centre for Health and Society, University College London, and personal communication. 1995.

Dore, R. The limits of discontinuity. Unpublished paper 1996.

Dunn, J. and Plomin, R. Why are siblings so different? The significance of differences in sibling experiences within the family. *Family Process* 10: 271–83. 1991.

Durkheim, E. *Suicide*. Edited by G. Simpson. Routledge, London. 1952.

Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S. and Potvin, L. The Roseto effect: a 50-year comparison of mortality rates. *American Journal of Public Health* 82: 1089–92. 1992.

Eyer, J. Capitalism, health, and illness. In: *Issues in the political economy of health care*. Edited by J.B. McKinlay, Tavistock, NY. 1984.

Ferri, E. *Growing up in a one-parent family*. National Foundation for Educational Research. Slough. 1976.

Ferri, E. and Robinson, H. *Coping alone*. National Foundation for Educational Research. Slough. 1976.

Ferri. *Omicidio-suicidio*. 4th edn. Turin. 1895.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfield, S. and Davey Smith, G. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *British Medical Journal* 311: 1264–9. 1995.

Firth, R. *The Economics of the New Zealand Maori*. R.E. Owen, Wellington, NZ. 1959.

Flegg, A. Inequality of income, illiteracy, and medical care as determinants of infant mortality in developing countries. *Population Studies* 36: 441–58. 1982.

Fox, J., Goldblatt, P. and Jones, D. Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances? *Journal of Epidemiology and Community Health* 39: 1–8. 1985.

Gallerani, M., Manfredini, R. and Caracciolo, S., Scapoli, C., Molinari, S. and Fersini, C. Serum cholesterol concentrations in parasuicide. *British Medical Journal* 310: 1632–6. 1995.

Gellner, E. *The psychoanalytic movement: the cunning of unreason*. 2nd edn. Fontana, London. 1993.

Glyn, A. and Miliband, D. Introduction. In: *Paying for inequality: the costs of social injustice*. Edited. by A. Glyn and D. Miliband. Rivers Oram Press, London. 1994.

Goldblatt, P. Mortality and alternative social classifications. In: *Mortality and Social Organisation: Longitudinal Study 1971–81*. Series LS 6. Edited by P. Goldblatt. HMSO, London. 1990.

Goldsmith, M.M. *Private vices, public benefits*. Cambridge University Press, Cambridge. 1985.

Goodall, J. *The chimpanzees of Gombe: patterns of behavior*. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1986.

Goody, J. *Technology, tradition and the state in Africa*. Oxford University Press, Oxford. 1971.

Gorbachev, M. 'The way ahead . . . more democracy and openness', *The Guardian*. Monday 2 February 1987.
Gorman, T. and Fernandes, C. *Reading in recession*. National Foundation for Educational Research, Slough. 1992.
Greater Glasgow Health Board. *The annual report of the Director of Public Health 1991/2*. Greater Glasgow Health Board, Glasgow. 1993.
Gross, J.T. A note on the nature of Soviet totalitarianism. *Soviet Studies* 34: 367–76. 1982.
Grossman, M. *Demand for health: a theoretical and empirical investigation*. NBER, New York. 1972.
Haan, M., Kaplan, G.A. and Camacho, T. Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 125: 989–98. 1987.
Hajdu, P., McKee, M. and Bojan, F. Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and England and Wales. *European Journal of Public Health* 5: 529–64. 1995.
Hayakawa, K., Shimizu, T., Ohba, Y., Tomioka, S., Takahasi, S. and Amano, K. Intrapair differences of physical aging and longevity in identical twins. *Acta Genetica Med. Gemellol* 41: 177–85. 1992a.
Hayakawa, K., Shimizu, T., Ohba, Y. and Tomioka, S. Risk factors for cognitive ageing in adult twins. *Acta Genetica Med. Gemellol* 41; 187–95. 1992b.
Helsing, K.J. and Szklo, M. Mortality after bereavement *American Journal of Epidemiology* 114: 41–52. 1981.
Hertzman, C. *Environment and Health in Central and Eastern Europe*. World Bank, Washington DC. 1995.
Hewlett, S.A. *Child neglect in rich nations*. UNICEF, New York. 1993.
Hills, J. *The future of welfare*. Joseph Rowntree Foundation, York. 1994.
Hills, J. *Inquiry into income and wealth*. Volume 2. Joseph Rowntree Foundation, York. 1995.
Himsworth, H. Epidemiology, genetics and sociology. *Journal of Biosocial Science* 16: 159–76. 1984.
House, J.S., Landis, K.R. and Umberson, D. Social relationships and health. *Science* 241: 540–5. 1988.
Illsley, R. Social class selection and class differences in relation to stillbirths and infant deaths. *British Medical Journal* 2: 1520–4. 1955.
Ineichen, B. *Homes and health: how housing and health interact*. Spon, London. 1993.
Institute for the Study of Drug Dependence. *National Audit of Drug Misuse in Britain 1994*. ISDD, London. 1994.
Institute for the Study of Drug Dependence. *National Audit of Drug Misuse in Britain 1992*. ISDD, London. 1992.
Iversen, L. and Klausen, H. *The closure of the Nordhavn shipyard*. Copenhagen: Institute of Social Medicine. Kobenhavns Universitet Publikation 13 FADL. 1981.
Jackson, T. and Marks, N. UK *Index of sustainable economic welfare*. Stockholm Environment Institute in cooperation with the New Economic Foundation. Stockholm, 1994.

James, O. *Juvenile violence in a winner–loser culture*. Free Association Books, London. 1995.

Johnson, J.V. and Hall, E.M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health* 78: 1336–42. 1988.

Jones, A.M. *A microeconometric analysis of smoking in the UK Health and Lifestyle Survey*. Discussion paper 139, Centre for Health Economics, York. 1995.

Joseph Rowntree Foundation, *Social Policy Research Findings*. No. 37, York. May 1993.

Kaplan, G.A., Pamuk, E., Lynch, J.W., Cohen, R.D. and Balfour, J.L. Income inequality and mortality in the United States. *British Medical Journal* 1996; 312: 999–1003.

Kaplan, J.R., Shively, C.A. and Fontenot, M.B. *et al*. Demonstration of an association among dietary-cholesterol, central serotonergic activity, and social behaviour in monkeys. *Psychosomatic Medicine* 56: 479–84. 1994.

Karasek, R. and Theorell, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, NY. 1990.

Karasek, R.A., Theorell, T., Schwartz, J., Schnall, P., Pieper, C. and Michela, J. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US HES and HANES. *American Journal of Public Health* 78: 910–18. 1988.

Kehrer, B.H. and Wolin, C.M. Impact of income maintenance on low birth weight: Evidence from the Gary experiment. *Journal of Human Resources* 14: 435–62. 1979.

Kelleher, C., Cooper, J. and Sadlier, D. ABO blood group and social class: a prospective study in a regional blood bank. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44: 59–61. 1990.

Kelly, R. The invisible hand behind the inexorable increase in the rate of crime. *The Guardian*, 30 August, 1993.

Kennedy, B.P. and Kawachi, I. and Prothrow-Stith, D. Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *British Medical Journal* 1996; 312: 1004–7.

Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J.K. and Glaser, R. Immunological consequences of acute and chronic stressors: mediating role of interpersonal relationships. *British Journal of Medical Psychology* 61: 77–85. 1988.

Kleinke, C.L. *Self-perception: the psychology of personal awareness*. W.H. Freeman, San Francisco. 1978.

Kochanek, K.D., Maurer, J.D., Rosenberg, M.S. and Rosenberg, H.M. Why did black life expectancy decline from 1984 through 1989 in the United States? *American Journal of Public Health* 84: 938–44. 1994.

Koskinen, S. Time trends in cause specific mortality by occupational class in England and Wales. In: *Proceedings of IUSSP conference held in Florence, June 1985*. Florence 1988.

Kunst, A.E. and Mackenbach, J.P. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *American Journal of Public Health* 84: 932–7. 1994.

Kunst, A.E. and Mackenbach, J. International comparisons of socio-economic inequalities in mortality. *Social Science and Medicine*. Forthcoming 1996.

Lake, M. Surveying all the factors. *Language and Learning*. June No. 6. 1991.

Lambert, R. *Nutrition in Britain 1950–60*. Codicote Press, Welwyn. 1964.

Leclerc, A. Differential mortality by cause of death: comparisons between selected European countries. In: *Health inequalities in European countries*. Edited by A.J. Fox. Gower, Aldershot. 1989.

Leclerc, A., Lert, F. and Fabien, C. Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures. *International Journal of Epidemiology* 19: 1001–10. 1990.

Le Grand, J. Inequalities in health: some international comparisons. *European Economic Review* 31: 182–91. 1987.

Leon, D.A. and Wilkinson, R.G. Inequalities in prognosis: socio-economic differences in cancer and heart disease survival. In: *Health inequalities in European countries*. Edited by A.J. Fox. Gower, Aldershot. 1989.

Leon, D.A., Vagero, D. and Otterblad Olausson, P. Social class differences in infant mortality in Sweden: a comparison with England and Wales. *British Medical Journal* 305: 687–91. 1992.

Lindberg, G., Rastam, L., Gullberg, B. and Eklund, G.A. Low serum cholesterol concentration and short-term mortality from injuries in men and women. *British Medical Journal* 305: 277–9. 1992.

London Borough of Croydon. *Reading competence at age 7*. Education Department, London Borough of Croydon. 1992.

Lowry, S. *Housing and health*. British Medical Journal Publishing, London. 1991.

Lundberg, O. Childhood living conditions, health status, and social mobility: a contribution to the health selection debate. *European Sociological Review* 7: 149–62. 1991.

Lundberg, O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science and Medicine* 36: 1047–52. 1993.

Lundberg, O. and Nystron Peck, M. Sense of coherence, social structure and health. *European Journal of Public Health*; 4: 252–7. 1994.

McCarron, P.G., Davey Smith, G. and Womersley, J.J. Deprivation and mortality in Glasgow from 1980 to 1992. *British Medical Journal* 309: 1481–2. 1994.

McCord, C. and Freeman, H.P. Excess mortality in Harlem. *New England Journal of Medicine* 322: 173–7. 1990.

McGowan, P. Lloyd's financial disaster 'has cost more than 30 lives'. *Evening Standard*, 18 February, 1994.

McIsaac, S. and Wilkinson, R.G. Cause of death, income distribution and problems of response rates. Luxembourg Income Study Working Paper 136. 1995 (EJPH 1996 forthcoming).

McKendrick, N., Brewer, J. and Plumb, J.H. *The birth of a consumer society: the commercialization of eighteenth-century England*. Europa Publications, London. 1982.

McKeown, T., Record, R.G. and Turner, R.D. An interpretation of the

decline in mortality in England and Wales during the twentieth century. *Population Studies* 29: 391–422. 1975.

McLanahan, S. Family structure and the reproduction of poverty. *American Journal of Sociology* 90: 873–901. 1985.

McLoone, P. and Boddy, F.A. Deprivation and mortality in Scotland: 1981 and 1991. *British Medical Journal* 309: 1465–70. 1994.

Mackenbach, J.P., Bouvier-Colle, M.H. and Jougla, E. 'Avoidable' mortality and health services: a review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44: 106–11. 1990.

Mandeville, B. *The fable of the bees: or, private vices, publick benefits*. Penguin, Harmondsworth. 1970.

Marmot, M.G. Social inequalities in mortality: the social environment. In: *Class and health: research and longitudinal data*. Edited by R.G. Wilkinson. Tavistock, London. 1986.

Marmot, M.G., Davey Smith, G. Why are the Japanese living longer? *British Medical Journal* 299: 1547–51. 1989.

Marmot, M.G., Adelstein, A., Robinson, N. and Rose, G. Changing social class distribution of heart disease. *British Medical Journal* ii: 1109–12. 1978a.

Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M. and Hamilton, P.J.S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32: 244–9. 1978b.

Marmot, M.G., Shipley, M.J. and Rose, G. Inequalities in death – specific explanations of a general pattern. *Lancet* 1 (8384): 1003–6. 1984.

Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfield, S., Patel, C., North, F. and Head, J. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study *Lancet* 337: 1387–93. 1991.

Marsh, A. and McKay, S. *Poor Smokers*. Policy Studies Institute, London. 1994.

Marshall, L. Sharing, talking and giving: relief of social tensions among the !Kung Bushmen. *Africa* 31: 231–49. 1961.

Martini, C.J., Allan, G.H. and Davidson, J. Health indexes sensitive to medical care variation. *International Journal of Health Services* 7: 293–309. 1977.

Mascie-Taylor, C.G.N. *Biosocial aspects of social class*. Oxford University Press, Oxford. 1990.

Mattiasson, I., Lindgarde, F., Nilsson, J.A. and Theorell, T. Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. *British Medical Journal* 301: 461–6. 1990.

Meaney, M.J., Aitken, D.H., van Berkel, C., Bhatnagar, S. and Sapolsky, R.M. Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. *Science* 239: 766–8. 1988.

Messner, S.F. Societal development, social equality and homicide. *Social Forces* 61. 1982.

Milward, A.S. *The economic effects of the two world wars*. Macmillan, London. 1984.

Mischel, W. *Introduction to personality: a new look*. (4th edn) Holt, NY. 1986.

Moller, S.E. Serotonin, carbohydrates, and atypical depression. *Pharmacology and Toxicology* 71: 61–71. 1992.

Montgomery, S.M. and Bartley, M.J. The association between slow growth in childhood and family conflict. Forthcoming. 1996.

Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G. and Wadsworth, M.E.J. Health and social precursors of unemployment in young men. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50. 1996.

Morris, J., Blane, D. and White, I.R. Levels of mortality, education and social conditions in the 107 LEAs of England. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50: 15–17. 1996.

Multiple Risk Factor Intervention Trial Group. The Multiple Intervention Risk Factor Intervention Trial – risk factor changes and mortality results. *Journal of the American Medical Association* 248: 1465–76. 1982.

Nash, M. *Primitive and peasant economic systems*. Chandler Publishing Co., San Francisco 1966.

Nelson, R.A., Tanguay, T.L. and Patterson, C.D. A quality-adjusted price index for personal computers. *Journal of Business and Economic Statistics* 12: 23–31. 1994.

Nordhaus, W.D. Do real output and real wage measures capture reality? The history of lighting suggests not. NBER Working Paper and Cowles Foundation for Research in Economics at Yale, Discussion Paper 1078. 1994.

Nystrom Peck, A.M. Childhood environment, intergenerational mobility, and adult health – evidence from Swedish data. *Journal of Epidemiology and Community Health* 46: 71–4. 1992.

Nystrom Peck, M. and Lundberg, O. Short stature as an effect of economic and social conditions in childhood. *Social Science and Medicine* 41: 733–8. 1995.

O'Donnell, O. and Propper, C. *Equity and the distribution of National Health Service Resources*. Welfare State Programme Paper No. 45, London School of Economics, London. 1989.

OPCS. *Occupational Mortality: The Registrar General's decennial supplement for England and Wales 1970–2*. Series DS No.1. HMSO, London. 1978.

OPCS. *Mortality Statistics*. HMSO, London. 1991.

Pamuk, E. Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population Studies* 39: 17–31. 1985.

Parker, H., Bakx, K. and Newcombe, R. *Living with heroin*. Open University Press, Milton Keynes. 1988.

Patel, C. and Marmot, M.G. Stress management, blood pressure and quality of life. *Journal of Hypertension* 5: S21–8. 1987.

Pavin, M. Economic determinants of political unrest: an economic approach. *Journal of Conflict Resolution* 17: 271–96. 1973.

Persson, T. and Tabellini, G. Is inequality harmful for growth? Theory and evidence. *American Economic Review* 84 (3): 600–21. 1994.

Phillimore, P., Beattie, A. and Townsend, P. The widening gap. Inequality of health in northern England, 1981–1991. *British Medical Journal* 308: 1125–8. 1994.

Platt, S. and Kreitman, N. Trends in parasuicide and unemployment

among men in Edinburgh, 1968–82. *British Medical Journal* 289: 1029–32. 1984.

Plomin, R. and Daniels, D. Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences* 10: 1–60. 1987.

Power, C., Manor, O., Fox, A.J. and Fogelman, K. Health in childhood and social inequalities in young adults. *Journal of the Royal Statistical Society* (series A) 153: 17–28. 1990.

Power, C., Manor, O. and Fox, J. *Health and class: the early years*. Chapman and Hall, London. 1991.

Power, C. and Manor, O. Asthma, enuresis, and chronic illness – long term impact on height. *Archives of Diseases in Childhood* 73 (4): 298–304. 1995.

Power, M. *The egalitarians – human and chimpanzee. An anthropological view of social organization*. Cambridge University Press, Cambridge. 1991.

Preston, S.H. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies* 29: 231–48. 1975.

Putnam, R.D., Tuning in, tuning out: the strange disappearance of social capital in America. *Political Science and Politics*. December: 664–83. 1995.

Putnam, R.D., Leonardi, R. and Nanetti, R.Y. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press, Princeton, NJ. 1993.

Radcliffe-Brown, A.R. *The Anderman Islanders*. Free Press, Glencoe, Ill. 1948.

Rathbone, J. Character assassination. *New Statesman and Society*. 15 December 1995.

Redpath, B. Family Expenditure Survey: a second study of differential response, comparing census characteristics of FES respondents and non-respondents. *Statistical News* 72: 13–16. 1986.

Rodgers, G.B. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Population Studies* 33: 343–51. 1979.

Rose, G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 282: 1847–51. 1981.

Rose, G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 14: 32–8. 1985.

Rose, G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, Oxford. 1992.

Rosengren, A., Orth-Gomer, K., Wedel, H. and Wilhelmsen, L. Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *British Medical Journal* 307: 1102–5. 1993.

Ross, C.E. and Huber, J. Hardship and depression. *Journal of Health and Social Behaviour* 26: 312–27. 1985.

Ross, L. The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process. In: *Cognitive theories in social psychology*. Edited by L. Berkowitz. Academic Press, NY. 1978.

Sahlins, M. *Stone Age Economics*. Tavistock, London. 1974.

Sapolsky, R.M. Poverty's remains. *The Sciences* 31: 8–10. New York. 1991.

Sapolsky, R.M. *Stress, the aging brain, and mechanisms of neuron death*. MIT Press, Cambridge, Mass. 1992.

Sapolsky, R.M. Endocrinology alfresco: psychoendocrine studies of wild baboons. *Recent Progress in Hormone Research* 48: 437–68. 1993.

Sapolsky, R.M. *Why zebras don't get ulcers. A guide to stress, stress-related disease and coping*. W.H. Freeman, New York. 1994.

Saunders, P. *Aiming high: meritocracy in Britain*. Institute of Economic Affairs, London. 1996.

Sawyer, M. *Income distribution in OECD countries*. OECD Economic Outlook; Occasional Studies: 3–36. 1976.

Schapera, I. *The Khoisan peoples of South Africa*. Routledge, London. 1930.

Schwartz, R.D. and Orleans, S. On legal sanctions. *University of Chicago Law Review*, 34: 274–300. 1967.

Schwartz, S. The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences. *American Journal of Public Health* 84: 819–24. 1994.

Schweinhart, L.J. and Weikart, D.P. Success by empowerment: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. *Young Children* 49: 54–8. 1993.

Sen, A. Public action and the quality of life in developing countries. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 43: 287–319. 1981.

Sennett, R. and Cobb, J. *The Hidden Injuries of Class*. Knopf, NY. 1973.

Shannon, T. and Morgan, C. *The invisible crying tree*. Doubleday, London. 1996.

Siegal, D. Errors in output deflators revisited: unit values and the producer price index. *Economic Inquiry* 32: 11–32. 1994.

Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P. and Seidel, D. Low status control, high effort at work and ischaemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Social Science and Medicine* 31: 1127–34. 1990.

Simecka, M. *The restoration of order: the normalisation of Czechoslovakia*. Verso, London. 1984.

Slater, C.H., Lorimor, R.J. and Lairson, D.R. The independent contributions of socioeconomic status and health practices to health status. *Preventive Medicine* 14: 372–78. 1985.

Smith, D. Despairing middle class fearful about the future. *Sunday Times*, 26 June 1994.

Stabler, B. and Underwood, L.E. (eds) *Slow grows the child: psychosocial aspects of growth delay*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New Jersey. 1986.

Standing conference on crime prevention. Working Group on the costs of crime. Home Office. *Report of the working group on the costs of crime*. Home Office, London. 1988.

Statistics Bureau, Japan. *Japan Statistical Yearbook*. Statistics Bureau, Management and Coordination Agency. 1990.

Steckel, R.H. Height and per capita income. *Historical Methods* 16: 1–7. 1983.

Steckel, R.H. Heights and health in the United States. In: *Stature, living*

standards and economic development. Edited by J. Komlos. University of Chicago Press, Chicago. 1994.

Susser, M. The logic in ecological: I. The logic of analysis. *American Journal of Public Health* 84: 825–9. 1994.

Sweeting, H. and West, P. Family life and health in adolescence: a role for culture in health inequalities? *Social Science and Medicine* 40: 163–75. 1995.

Syme, S.L. To prevent disease: the need for a new approach. In: *Health and social organization*. Edited by D. Blane, E. Brunner and R.G. Wilkinson. Routledge, London. 1996.

Szreter, S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850–1914: a reinterpretation of the role of public health. *Social History of Medicine* 1: 1–37. 1988.

Tarkowska, E. and Tarkowski, J. Social disintegration in Poland: civil society or amoral familism? *Telos* 89: 103–9. 1991.

Taylor, I. (ed.) *The social effects of free market policies*. Harvester Wheatsheaf, Hertfordshire. 1990.

Taylor, J.C., Norman, C.L., Griffiths, J.M., Anderson, H.R. and Ramsey, J.D. *Trends in deaths associated with abuse of volatile substances 1971–1991*. Dept. of Public Health Sciences and the Toxicology Unit, St George's Hospital Medical School, London. 1993.

Tennant, C.C., Palmer, K.J., Langgeluddecke, P.M., Jones, M.P. and Nelson, G. Life event stress and myocardial reinfarction: a prospective study. *European Heart Journal* 15: 472–8. 1994.

Timio, M., Verdecchia, P., Venanzi, S., Gentili, S., Ronconi, M., Francucci, B., Montanari, M. and Bichisao, E. Age and blood pressure changes: a 20-year follow up study in nuns in a secluded order. *Hypertension* 12: 457–61. 1988.

Titmuss, R.M. War and social policy In: *Essays on the welfare state*. Edited by R.M. Titmuss. Unwin, London. 1958.

Titmuss, R.M. *The gift relationship: from human blood to social policy*. Allen & Unwin, London. 1970.

Townsend, P. *Poverty in the United Kingdom*. Penguin, Harmondsworth. 1979.

Townsend P., Phillimore P. and Beattie, A. *Health and deprivation: inequality and the north*. Croom Helm, London. 1988.

Ullah, P. The association between income, financial strain and psychological well-being among unemployed youths. *Journal of Occupational Psychology* 63: 317–30. 1990.

UNICEF. *The Progress of Nations 1993*. UNICEF, New York. 1993.

Uno, H., Tarara, R., Else, J.G., Suleman, M.A. and Sapolsky, R.M. Hippocampal damage associated with prolonged fatal stress in primates. *Journal of Neuroscience* 9: 1705–11. 1989.

Vagero, D. and Lundberg, O. Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet* 2: 35–6. 1989.

van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., *et al*. Socioeconomic inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 1996.

Vogel, E.F. From friendship to comradeship: the change in personal relations in communist China. *China Quarterly* 21: 46–70. 1965.

Wadsworth, M.E.J. Early stress and associations with adult health, behaviour and parenting. In: *Stress and disability in childhood*. Edited by R.N. Butler and B.D. Corner. Wright, Bristol. 1984.

Wadsworth, M.E.J. Serious illness in childhood and its association with later-life achievement. In: *Class and health: research and longitudinal data*. Edited by R.G. Wilkinson. Tavistock, London. 1986.

Wadsworth, M., Maclean M., Kuh, D. and Rodgers, B. Children of divorced and separated parents: summary and review of findings from a long-term follow-up study in the UK. *Family Practice* 7: 104–9. 1990.

Waldmann, R.J. Income distribution and infant mortality. *Quarterly Journal of Economics* 107: 1283–302. 1992.

Waldron, I., Nowotarski, M., Freimer, M., Henry, J.P., Post, N. and Witten, C. Cross-cultural variation in blood pressure: a quantitative analysis of the relationships of blood pressure to cultural characteristics, salt consumption and body weight. *Social Science and Medicine* 16: 419–30. 1982.

Wardle, J. Cholesterol and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Research* 39: 549–62. 1995.

Watson, P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science and Medicine* 41: 923–34. 1995.

Wennemo, I. Infant mortality, public policy and inequality – a comparison of 18 industrialised countries 1950–85. *Sociology of Health and Illness* 15: 429–46. 1993.

Wheaton, B. The sociogenesis of psychological disorder: an attributional theory. *Journal of Health and Social Behaviour* 21: 100–23. 1980.

Whelan, C.T. *The role of income, life-style deprivation and financial strain in mediating the impact of unemployment on psychological distress: evidence from the Republic of Ireland*. Unpublished mimeograph from The Economic and Social Research Institute, Dublin. c. 1991.

Whelan, C.T. The role of social support in mediating the psychological consequences of economic stress. *Sociology of Health and Illness* 15: 86–101. 1993.

White, M. *Against unemployment*. Policy Studies Institute, London. 1991.

Widdowson, E.M. Mental contentment and physical growth. *Lancet* June 16: 1316–18. 1951.

Wilkinson, R.G. *Poverty and progress: an ecological model of economic development*. Methuen, London. 1973.

Wilkinson, R.G. Income and mortality. In: *Class and health: research and longitudinal data*. Edited by R.G. Wilkinson. Tavistock, London. 1986.

Wilkinson, R.G. Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921–1981. *Journal of Social Policy* 18 (3): 307–35. 1989.

Wilkinson, R.G. Income distribution and mortality: a 'natural' experiment. *Sociology of Health and Illness* 12: 391–411. 1990.

Wilkinson, R.G. Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* 304: 165–8. 1992.

Wilkinson, R.G. The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage? *Daedalus*. (Journal of The American Academy of Arts and Sciences). 123 (4): 61–77. 1994a.

Wilkinson, R.G. Health, redistribution and growth. In: *Paying for inequality: the economic cost of social injustice*. Edited by A. Glyn and D. Miliband. Rivers Oram Press, London. 1994b.

Wilkinson, R.G. *Unfair shares: the effects of widening income differentials on the welfare of the young*. Barnardos, Ilford. 1994c.

Wilkinson, R.G. A reply to Ken Judge: mistaken criticisms ignore overwhelming evidence. *British Medical Journal* 311: 1285–7. 1995.

Wilkinson, R.G. Health and comradeship: a hypothesis. In: *Environmental and non-environmental determinants of the East–West life expectancy gap in Europe*. Edited by C. Hertzman, S. Kelly and M. Bobak. Kluwer Academic, Amsterdam. 1996.

Wilson, S.H. and Walker, G.M. Unemployment and health: a review. *Public Health* 107: 153–62. 1993.

Winkelstein, M.L. and Feldman, H.L. Psychosocial predictors of consumption of sweets following smoking cessation. *Research in Nursing and Health* 16: 97–105. 1993.

Winter, J.M. *The Great War and the British people*. Macmillan, London. 1985.

Winter, J.M. Public health and the extension of life expectancy 1901–60. In: *The political economy of health and welfare*. Edited by M. Keynes. Cambridge University Press, Cambridge. 1988.

Wnuk-Lipinski, E. and Illsley, R. Introduction. *Social Science and Medicine* 31: 833–6. 1990.

Wolf, S. and Bruhn, J.G. *The power of clan; a 25-year prospective study of Roseto, Pennsylvania*. Transaction Publishers, New Brunswick, NJ. 1993.

Wolf, W. Verzerrungen durch Antwortausfalle in der Konsumerhebung 1984. *Statistische Nachrichten*. OSTAT, Vienna 43 (11): 861–7. 1988.

Woodburn, J. Egalitarian societies. *Man* 17: 431–51. 1982.

Woodroffe, C., Glickman, M., Barker, B. and Power, C. (eds) *Children, teenagers and health*. Open University Press, Milton Keynes. 1993.

World Bank, *The East Asian Miracle*. Oxford University Press, Oxford. 1993.

المترجم فى سطور

- محمد منير صلاحى الأصبحى.

- من مواليد دمشق، سورية، ١٩٤١م.

**** المؤهل العلمى:**

- دكتوراه فى الفلسفة عام ١٩٧٣م.

- التخصص: اللغة الإنجليزية وآدابها: الأدب الإنجليزى والأمريكى الحديث.

- جامعة التخرج: جامعة بولنج جرين، أوهايو، الولايات المتحدة.

**** الوظيفة الحالية:** أستاذ مشارك، إدارة الترجمة، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة.

**** الأنشطة العلمية:**

- العمل أستاذاً مساعداً وأستاذاً مشاركًا فى جامعة دمشق وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

- تأليف كتاب «الحقيقة والرواية».

- ترجمة عدد من الأعمال الأدبية فى مجلات «الآداب الأجنبية» والمعرفة والفيصل و (*Resistance*).

- ترجمة عدد من الكتب والكتيبات لحساب وزارة الثقافة السورية ووزارة الإعلام الكويتية ومنظمة الصحة العالمية وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ومعهد الإدارة العامة.

مراجع الترجمة فى سطور

- محمد على محمد التركى.

- من مواليد القاهرة ١٩٤٥م.

**** المؤهل العلمى:**

- دكتوراه فى الصحة العامة (إدارة صحية) عام ١٩٨٠ من جامعة بتسبرج بالولايات المتحدة الأمريكية.

**** الأنشطة العلمية والعملية:**

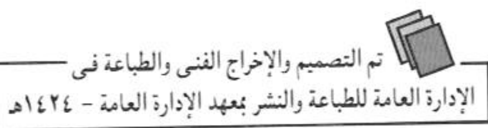
- تدرج فى الوظائف العلمية بجامعة أسيوط (جمهورية مصر العربية) حتى حصل على درجة أستاذ فى ١٩٩١/٢/١٠م.

- اشترك فى الإشراف على العديد من رسائل الماجستير والدكتوراه بكلية الطب - جامعة أسيوط، وعمل فى مجال التدريس للمستوى الجامعى وطلبة الدراسات العليا.

- شغل وظيفة مدير عام المستشفيات الجامعية بجامعة أسيوط ثم مستشار رئيس الجامعة لشئون المستشفيات، وتمت إعارته للعمل بمعهد الإدارة العامة ثلاث مرات وله مساهمات فى مجال التدريب والبحوث والاستشارات بالمعهد.

- شارك فى العديد من المؤتمرات والحلقات العلمية فى المجال الصحى.

- نشر العديد من البحوث والأعمال العملية، وكانت آخر خمسة أعمال منها ممولة من هيئة «اليونيسف» بالقاهرة لدراسة الوضع الصحى للأمهات والأطفال بمنطقة صعيد مصر بأكملها.



تم التصميم والإخراج الفنى والطباعة فى
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٤هـ

هذا الكتاب

إن المجتمعات التى تتمتع بأفضل صحة ليست أكثر المجتمعات ثراء، بل هى المجتمعات التى توجد فيها أقل اختلافات فى الدخل بين أغنيائها وفقرائها. فعدم المساواة والفقر النسبى لهما تأثير حاسم، فهما يرفعان معدل الوفيات. ولكن ما سبب ذلك؟ كيف يمكن للاختلافات الأقل فى الدخل أن ترفع متوسط العمر المتوقع؟

يقدم هذا الكتاب تفسيراً لذلك مستخدماً أمثلة من دول كثيرة وكمية كبيرة من الأدلة من العلوم الاجتماعية والطبية. إن المجتمعات الصحية التى تتمتع بالمساواة هى التى تتصف بأكبر قدر من التماسك الاجتماعى. وهى تنعم بحياة جماعية أقوى وتعانى عدداً أقل من التأثيرات المؤدية للانقسام والناجمة عن عدم المساواة. وتصبح الساحة العامة فى تلك المجتمعات مصدراً للدعم الاجتماعى بدلاً من أن تكون مصدراً للهموم والنزاع.

وعدم المساواة لا يضعف النسيج الاجتماعى ويدمر الصحة فحسب، بل أيضًا يزيد من معدلات الجريمة والعنف. ويبين هذا الكتاب أن التماسك الاجتماعى أمر حاسم بالنسبة لجودة الحياة، فتفاقم التفاوت يلقى عبئاً نفسيًا يقلل من سعادة المجتمع بأكمله. ويبين نمط الأمراض الحديثة أن المستوى المادى للمعيشة فى البلاد المتقدمة لم يعد هو الموضوع الرئيسى. فالمشكلة الآن هى الجودة الاجتماعية النفسية للحياة، إذ بدونها تهمل احتياجات اجتماعية مهمة، ومن ثم تتعرض الصحة للأذى.

ردمك : ٨ - ١٠٩ - ١٤ - ٩٩٦٠

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر - معهد الإدارة العامة ١٤٢٤هـ